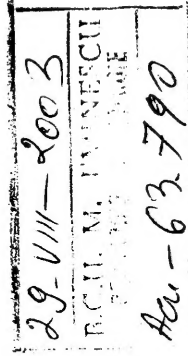


Coperta
David Horea Șandor



Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

Daniel Marcelli

Tratat de psihopatologia copilului / Daniel Marcelli; trad.: Sorina Pătrașcu, Camelia Petcu, Daniela Popa. - București: Editura Fundației Generația, 2003

640 p; 19 cm - (Spațiul Psy, 1)

ISBN 973-86377-0-8

616.89(035)

Daniel Marcelli
TRATAT DE PSIHOPATOLOGIA COPILULUI
copyright © Masson, Paris, 1982, 1999

© Editura Fundației Generația pentru versiunea românească, 2003

Carte publicată cu sprijinul fundației
Aktion Kleiner Prinz

Spațiul Psy

Daniel MARCELLI

Profesor de Psihiatria copilului și adolescentului
Medic șef în serviciul de pedopsihiatrie
Spitalul La Milétrie, Poitiers



108993
B.C.U. - IASI

Tratat de psihopatologia copilului

Traducere din limba franceză

Sorina Pătrașcu
Camelia Petcu
Daniela Popa



EFG

CĂRȚI APĂRUTE LA EDITURA MASSON

De același autor:

- ADOLESCENCE ET PSYCHOPATHOLOGIE, de D. MARCELLI. *Collection „Les âges de la vie”*, 1999, ed. a 5-a revizuită și îmbunătățită, 616 pagini.
- CLASSIFICATION MULTIAXIALE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT, de Organizația Mondială a Sănătății și D. MARCELLI, 2001, 304 pagini.
- DÉPRESSION ET TENTATIVES DE SUICIDE A L'ADOLESCENCE, de D. MARCELLI și E. BERTHAUT, *Collection „Les âges de la vie”*, 2001, 272 pagini.
- LES ETATS DEPRESSIFS A L'ADOLESCENCE, de D. MARCELLI, *Collection „Les âges de la vie”*, 2000, ed. a 2-a, 216 pagini.
- MÉDECINE DE L'ADOLESCENT, de P. ALVIN și D. MARCELLI, *Collection Pour le praticien*, 1999, 328 pagini.

Alte publicații:

- ADOLESCENCE ET SUICIDE. DES ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES AUX PERSPECTIVES THÉRAPEUTIQUES, de F. LADAME, J. OTTIMO, C. PAWLAK. *Collection Médecine et Psychothérapie*, 1996, 216 pagini.
- L'ANGOISSE DE SÉPARATION, de D. BAILLY. *Collection Médecine et Psychothérapie*, 1996, 152 pagini.
- L'ENFANT ET LA PSYCHANALYSE, de J. BERGÈS, G. BALBO. *Collection Ouvertures psy*, 2000, ed. a 2-a, 224 pagini.
- L'ENFANT PSYCHOTIQUE, de J.-P. FAVRE. *Collection Médecine et Psychothérapie*, 1997, 184 pagini.
- LE DÉVELOPPEMENT AFFECTIF ET INTELLECTUEL DE L'ENFANT, de B. GOLSE, *Collection Médecine et Psychothérapie*, 1998, ed. a 3-a, 320 pagini.
- PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ADULTE, de Q. DEBRAY, B. GRANGER, F. AZAIS. *Collection Les âges de la vie*, 2001, ed. a 2-a, 392 pagini.
- PSYCHOPATHOLOGIE DE LA PERINATALITÉ, de J. DAYAN, G. ANDRO, M. DUGNAT. *Collection Les âges de la vie*, 1999, 576 pagini.
- PSYCHOPATHOLOGIE DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT, de P. MAZET, S. STOLERU. *Collection Les âges de la vie*, 1999, ed. a 2-a revizuită și completată, 320 pagini.
- PSYCHOPATHOLOGIE DU SUJET ÂGÉ, de G. FERREY, G. LE GUES. *Collection Les âges de la vie*, 2000, ed. a 5-a, 320 pagini.
- TROUBLES DE L'ATTENTION, IMPULSIVITÉ ET HYPERACTIVITÉ CHEZ L'ENFANT, de J. THOMAS, G. WILLEMS. *Collection Médecine et Psychothérapie*, 2001, ed. a 2-a, 272 pagini.
- Accastă carte este tradusă:*
- în limba italiană: a 5-a ediție italiană realizată de MASSON S.A. Milano și a fost publicată în 1999 după a 6-a ediție franceză;
 - în limba spaniolă: a 3-a ediție spaniolă, care va fi realizată după a 3-a ediție franceză;
 - în limba portugheză: prima ediție portugheză, realizată de Editora Masson do Brasil Ltda., în colaborare cu Artos Medica și publicată în 1986, după a 2-a ediție franceză.

CUPRINS

Prefață	11
Cuvânt înainte	13

PRIMA PARTE BAZE TEORETICE ȘI GENERALITĂȚI

Introducere	17
1. Principalele surse teoretice ale pedopsihiatriei clinice	20
Bazele neuro-anatomice și neurofiziologice ale comportamentelor 20;	
Teorii centrate pe comportament și/sau mediu: behaviorismul, etologia, teoriile sistemice 25; Psihologia copilului și științele cognitive 32;	
Teorii psihanalitice 38; Interacțiunea 53; Modele experimentale 58.	
Bibliografie	63
2. Normalul și patologicul	67
Normalul și patologicul: probleme generale 67; Problema normalului și a patologicului în psihopatologia copilului 69; Concluzie 78.	
Bibliografie	81
3. Examinarea copilului	82
Interviul clinic 82; Explorări complementare 86; Scale de evaluare și sisteme de clasificare 93.	
Bibliografie	96

PARTEA A DOUA STUDIUL PSIHPATOLOGIC AL CONDUITELOR

4. Psihopatologia conduitelor de adormire și de somn	101
Generalități 101; Studiu clinic 106.	
Bibliografie	115
5. Psihopatologia conduitelor motorii	116
Tulburări de lateralizare 118; Disgrafia 118; Debilitatea motorie 120;	

Dispraxiile copilului 121; Instabilitatea psihomotorie 122; Ticurile 124; Trihotilomania-onicofagia 128.	
<i>Bibliografie</i>	128
6. Psihopatologia limbajului	131
Generalități 131; Tulburări de dezvoltare a limbajului 135; Disfaziile grave 138; Dislexia – disortografia 142; Patologii specifice 146.	
<i>Bibliografie</i>	150
7. Patologia sferei oro-alimentare	152
Generalități 152; Studiu psihopatologic 154.	
<i>Bibliografie</i>	162
8. Tulburări sfincteriene	163
Generalități 163; Enurezisul 164; Encoprezisul 169; Constipația psihogenă și megacolonul funcțional 173.	
<i>Bibliografie</i>	175
9. Psihopatologia funcțiilor cognitive	176
Generalități 176; Evaluarea funcțiilor cognitive 178; Deficiența mintală 188; Copiii supradotați 199.	
<i>Bibliografie</i>	202
10. Tulburări de comportament	204
Minciuna 204; Furtul 208; Fuga 211; Conduitele de adicție 213.	
<i>Bibliografie</i>	216
11. Psihopatologia jocului	217
Generalități 217; Abordarea psihopatologică a conduitelor de joc 222.	
<i>Bibliografie</i>	228
12. Psihopatologia conduitelor agresive	229
Conceptul de agresivitate 229; Clinica conduitelor heteroagresive 237; Clinica conduitelor autoagresive 240.	
<i>Bibliografie</i>	244
13. Psihopatologia diferenței dintre sexe și a conduitelor sexuale	246
Mituri, diferența dintre sexe și sexualitate 246; Bazele fiziologice și fiziopatologice ale diferențierii sexuale 247; Bazele psihologice și sociologice ale diferenței dintre sexe 250; Sexualitatea copilului și avaturile sale 253.	
<i>Bibliografie</i>	259

PARTEA A TREIA MARILE CATEGORII NOSOGRAFICE

14. Defectologie	263
Deficiența senzorială 264; Encefalopatiile infantile cu retard mintal 271; Infirmitatea motorie cerebrală 284.	
<i>Bibliografie</i>	285
15. Epilepsia copilului	288
Definiție, generalități, epidemiologie 288; Studiu clinic 290; Abordare psihopatologică 296; Tratament 301.	
<i>Bibliografie</i>	304
16. Autismul infantil și psihozele la copil	305
Istoric 305; Definiție 307; Autismul infantil 307; Alte psihoze infantile precoce 315; Evoluția psihozelor precoce 319; Psihozele celei de-a doua copilării sau problema schizofreniei infantile 322; Ipoteze etiologice: aspectul genetic 326; Ipoteze etiologice: aspecte neuro-psihologice 328; Abordarea psihopatologică și ipoteze cu predominanță psihogenetică 331; Tratament 339.	
<i>Bibliografie</i>	344
17. Stări anxioase, simptome și organizări cu aspect nevrotic	348
Anxietate și angoasă 349; Transformarea angoasei: manifestările numite nevrotice la copil 358; Nevroza la copil 371.	
<i>Bibliografie</i>	378
18. Episodul depresiv și „boala depresivă” la copil	381
„Depresia” în teoria dezvoltării copilului 381; Studiu clinic 385; Frecvențe și evoluție 392; Context etiopatologic și abordare psihopatologică 394; Tulburarea maniaco-depresivă și/sau bipolară la copil și cercetările organice 398; Abordare terapeutică 400.	
<i>Bibliografie</i>	403
19. Tulburări psihosomatice	407
Boliile sferei digestive 410; Astmul copilului 414; Spasmul hohotului de plâns 417; Patologia sferei cutanate 419; Afecțiuni diverse 420; Psihosomatica la copilul mare: relația de îngrijire 422.	
<i>Bibliografie</i>	423
20. La frontierele nosografiei	424
Prepsihozele copilului 424; Organizările dizarmonice 428; Patologia caracterială 429; Tulburările deficitare de atenție/hiperactivitate 430.	
<i>Bibliografie</i>	436

PARTEA A PATRA COPILUL ÎN MEDIUL SĂU

21. Stress și traumatism. Factori de risc și tulburări reactive sau de adaptare.....	441
Stress și traumatism 441; Evenimente de viață și factori de risc 446;	
Patologia reacțională și tulburarea de adaptare 450.	
<i>Bibliografie</i>	452
22. Copilul în familia sa	453
Carența afectivă 453; Patologii afective și mintale ale părinților 463;	
Familii disociate, recompuse, monoparentale 467.	
<i>Bibliografie</i>	474
23. Copilul și școala	477
Generalități 477; Clinica dificultăților școlare 483; Amenajările școlare 492.	
<i>Bibliografie</i>	500
24. Copilul migrant	503
Date demografice 503; Biculturalism și bilingvism 504; Patologia copilului migrant 506.	
<i>Bibliografie</i>	509
25. Copilul și lumea medicală	510
Copilul bolnav 511; Prematuritatea 520; Copiii născuți prin procreare medicală asistată 526.	
<i>Bibliografie</i>	527
26. Copilul de protejat. Protecția copilului: structuri medico-sociale	529
Copilul maltratat 530; Abandonul – adopția 549; Protecția copilului și structurile medico-sociale 554.	
<i>Bibliografie</i>	560

PARTEA A CINCEA TERAPEUTICA

Introducere	565
27. Sectorul de pedopsihiatrie	567
Principii generale 567; Misiunile psihiatriei infanto-juvenile 568;	
Structurile gestionate de sector 569; Pedopsihiatria de legătură 573.	
<i>Bibliografie</i>	575

28. Cererea de asistență și consultațiile terapeutice	578
Sensul simptomului 579; Nivelul răspunsului 582; Consultația terapeutică 584.	
<i>Bibliografie</i>	585
29. Alegerea terapiei	586
Terapiile simptomatice 586; Terapiile psihodinamice 591; Psihoterapia mamă-copil 597; Terapiile familiale 599; Psihoterapiile de grup 605;	
Terapiile instituționale 609; Prescripțiile de medicamente 616.	
<i>Bibliografie</i>	619
Index	622

PREFAȚĂ

Această nouă ediție apare sub semnătura unuia singur dintre cei doi autori care au semnat primele trei ediții. Cu toate acestea, este vorba despre aceeași lucrare. Trebuie să oferim cititorului câteva explicații.

La începutul anului 1978, ca urmare a solicitărilor insistente din partea editurii Masson, Profesorul J. de Ajuriaguerra m-a solicitat pentru redactarea unei versiuni „abreviate” a „Manualului de psihiatria copilului” pe care el îl scrisese. La vremea aceea eram asistent al șefului de clinică la spitalul Salpêtrière, în Serviciul Profesorului D. J. Duché, lucrând în mod regulat cu Profesorul D. Widlöcher.

Încă de la prima noastră întâlnire, Profesorul J. de Ajuriaguerra mi-a lăsat toată libertatea în organizarea, structurarea și prezentarea acestui compendiu. De fapt, cum la epoca respectivă el însuși luase o anumită distanță de clinică propriu-zisă, fiind interesat în special de cercetare, nici nu a dorit să participe la redactarea acestei lucrări, ci a acceptat să mă îndrume și eventual să mă ajute.

Așadar m-am așezat la lucru, concepând organizarea generală în cinci mari părți și redactând diferitele capitole. În cursul întâlnirilor noastre regulate, îi citeam prof. J. de Ajuriaguerra capitolele pe care le scrisesem. Îmi făcea uneori câteva remarci punctuale, sugerându-mi să insist asupra lucrării unui autor sau, invers, să elimin un anumit citat. Dar s-a arătat întotdeauna mulțumit de planul de ansamblu și de conținutul particular al capitolelui examinat.

Mi-a lăsat marea libertate de a scrie acest compendiu așa cum mi l-am imaginat, încurajându-mă chiar, și într-un fel protejându-mă cu autoritatea sa. Foarte probabil că, în calitate de tânăr autor și scriind doar sub numele meu, n-aș fi „îndrăznit” să abordez anumite capitole novatoare, cel puțin la epoca respectivă: psihopatologia jocului, a diferenței dintre sexe, a copiilor supradotați...

Cartea a fost foarte favorabil primită de către public, iar reedițiile s-au succedat rapid. J. de Ajuriaguerra mi-a lăsat inițiativa și responsabilitatea numeroaselor modificări și actualizări ulterioare.

Pentru a patra ediție, J. de Ajuriaguerra și cei care îi reprezentau drepturile

au preferat să renunțe la o cosemnătură care, ce-i drept, nu mai reflecta realitatea. Țin să îi aduc un omagiu și să îi mulțumesc, cu atât mai mult cu cât această primă carte m-a încurajat să mai scriu și altele, în special cea intitulată „Adolescență și psihopatologie” împreună cu A. Braconnier.

CUVÂNT ÎNAINTE

Această a 6-a ediție cuprinde, ca și precedentele, multiple transformări, modificări și adăugiri. Mai multe capitole au fost complet rescrise în lumina celor mai recente lucrări (autismul și psihoza la copil, stresul post-traumatic, tulburările de deficit ale atenției...). Am ținut cont de noile contribuții și în domeniul clinic (sindromul Angelman, sindromul Williams...), în psihopatologie (travaliul de vindecare) și în explorarea complementară (sonda genetică).

Partea a cincea a fost în întregime restructurată pentru a contura mai bine modalitățile de abordare terapeutică, iar locul tratamentelor psihotrope a fost reevaluat.

Am vrut să propunem cititorului o deschidere către câmpul cercetării prin intermediul „modelelor experimentale” care încep să apară și la care se face referire tot mai frecvent.

Privind în urmă, de la prima ediție apărută în decembrie 1981, aproape toate capitolele acestei lucrări au făcut obiectul unor actualizări și modificări. Psihopatologia copilului este o disciplină încă recentă, care evoluează rapid: edițiile succesive relevă această evoluție și conduc spre o lucrare care, în 1998, este foarte diferită de cea din 1981. Schimbarea titlului vine ca o mărturie a acestei evoluții, însă cu grija de a păstra ceea ce a condus la succesul edițiilor precedente.

De fapt, această lucrare se dorește înainte de toate a fi didactică: asta l-a condus pe autor să prezinte în cadrul unui plan clar diferitele axe în jurul cărora se organizează psihopatologia copilului. Desigur, orice plan este limitativ și cuprinde o parte de arbitrar. Dar această limitare și acest arbitrar se justifică dacă au la bază un demers coerent: noi dorim să justificăm aici acest plan. În capitolul intitulat „Normalul și patologicul la copil”, am arătat modul în care abordarea acestei chestiuni necesită utilizarea unei cadruple raportări: în primul rând, raportarea la axa simptomatică pe care, pentru a evita specificarea din capul locului a comportamentelor copilului într-o terminologie medicală, am preferat să o numim raportarea la axa conduitei; în al doilea rând, raportarea la axa structurii mentale – dacă înțelegem prin structură organizarea fantasmatică cea mai pregnantă și mecanismele de adaptare (de apărare) care i se asociază; în al

treilea rând, raportarea la axa diacronică, absolut fundamentală la copil, este în permanență schimbare; în fine, în al patrulea rând, raportarea la axa mediului, având în vedere dependența sa evidentă.

Aceste patru axe de raportare, studiul conduitei, structura mentală, aspectul diacronic și de mediu, trebuie să se clarifice întotdeauna reciproc, unele pe celelalte, altfel existând riscul de a nu înțelege esența a ceea ce constituie psihopatologia copilului.

Dacă lăsam de-o parte prima parte a acestei lucrări, consacrată generalităților, și ultima parte, consacrată demersului terapeutic, cititorul va remarca faptul că planul adoptat este tocmai revelatorul acestei cvadruple perspective: o parte este consacrată studiului conduitei, o altă parte studiului structurilor, o a treia parte mediului; în fine, fiecare capitol din interiorul acestor părți diverse este construit pe un model diacronic ce ține cont pe cât posibil de evoluția conduitei, a structurii sau a ponderii mediului, în funcție de nivelul de dezvoltare la care a ajuns copilul.

Adolescența, inaugurată de procesul fiziologic pubertar, nu este abordată. Lucrarea de față privește deci copilul, inclusiv copilul foarte mic, și se oprește la începutul adolescenței, adică la 12-13 ani. În scopul de a evita repetițiile, există o serie de trimiteri la lucrarea „Adolescență și psihopatologie”, așa cum și în aceasta se regăsesc trimiteri în direcția copilului, vădind continuitatea dezvoltării la ființa umană.

De la prima ediție, clasificările nosografice naționale (CFTMEA) și mai ales cele internaționale (CIM 10 și DSM-III-R sau IV) au dobândit o importanță pe care nu o aveau la epoca respectivă (1981). Lucrarea de față ține cont de aceste clasificări dar refuză cu vehemență să reducă abordarea psihopatologică a copilului la enunțarea unor criterii diagnostice (de includere sau excludere), așa cum sunt avansate de acestea. Cititorul va remarca cu ușurință acest fapt.

Deși aceste clasificări „criterizate” au meritul imens de a fixa niște criterii de diagnostic și au devenit instrumente indispensabile pentru cercetători, în special pentru cei din domeniul epidemiologiei, ele nu conferă însă clinicianului niște modele de aprehensiune, de discriminare, de reflecție și analiză pentru practica clinică. În schimb, tocmai aceasta este ambiția acestei lucrări și speranța autorului de a fi reușit.

PRIMA PARTE

BAZE TEORETICE ȘI GENERALITĂȚI

INTRODUCERE

Evaluarea caracterului patogen sau, dimpotrivă, maturativ al unei anumite conduite observate la un copil, fie că este singur sau mai ales în cadrul unei interacțiuni cu anturajul său, necesită în mod evident o cunoaștere aprofundată a dezvoltării așa zis „normale“. Această primă parte este deci consacrată dezvoltării normale, fără însă a pretinde în nici un caz să se substituie lecturii lucrărilor de psihologie genetică, de neurofiziologie sau de metapsihologie psihanalitică. Cunoașterea dezvoltării copilului, a diverselor stadii maturative traversate, a principalelor repere organizatoare ale psihismului este necesară înainte de a aborda domeniul conduitei numite patologice.

Pedopsihiatria este o practică clinică empirică: originile sale sunt marcate de heterogenitatea primilor săi întemeietori, heterogenitate care se poate reduce, într-o manieră schematică, la două surse:

1) pe de-o parte, o ramură ce își are originea în vastul curent al educației copilului: primele eforturi legate de ceea ce urma să devină psihiatria copilului au vizat practic copiii recunoscuți ca „ineducabili“ (copilul surd sau orb, apoi copilul debil);

2) pe de altă parte, ramura cu originea în psihiatria și psihopatologia adultului: primii psihiatri de copii au fost la început interesați în principal să regăsească la copil tablourile nosografice bine cunoscute în psihiatria adultului (vezi problema demenței precocissime).

În consecință, psihiatria copilului, în mai mare măsură decât psihiatria adultului, s-a constituit empiric, pornind de la o practică și nu de la o elaborare teoretică. În mod secundar, o reflecție asupra acestei practici, o încercare de înțelegere a demersului clinic i-au condus pe pedopsihiatri să utilizeze surse teoretice foarte diverse. În această parte introductivă vom prezenta succint principalele conceptualizări teoretice care stau la baza exercitării pedopsihiatriei, fără a pretinde o trecere în revistă completă sau exhaustivă.

De fapt, începând din anii '50 se constată o extindere și o multiplicare considerabilă a referințelor teoretice aplicate la pedopsihiatrie, fapt ce conduce uneori la un mozaic conceptual în care neofitul nu își găsește calea decât cu mare dificultate. Astfel, pe lângă contribuțiile teoretice tradiționale ale psihanalizei

și psihologiei comportamentale, s-au alăturat, printre altele, teoriile epistemologiei genetice, teoriile etologice, teoriile sistemice și ale comunicării, în fine, noile cunoștințe din domeniul neuro-anatomiei și mai ales din cel al neurofizilogiei. Nu este deloc ușor să dai o viziune globală acestor cercetări atât de diverse, întrucât punctele lor de vedere sunt foarte diferite. Cum spunea J. Constant: „Freud, Piaget, Wallon și mulți alții nu au aceeași viziune asupra copilului. Nici nu văd aceleași fapte și nici nu descriu aceleași comportamente. Modul în care își studiază obiectul, atât ca metodă cât și ca raportare teoretică, conferă acestui obiect o semnificație diferită în fiecare caz, iar uneori chiar opusă”.

Nu este deci nici posibil și nici întotdeauna desirabil să propui o sinteză sau să trasezi un tablou cronologic al dezvoltării care să țină cont de toate datele acumulate din perspective atât de diferite. În plus, maturizarea copilului este un proces permanent și continuu. Toți autorii care s-au ocupat de studierea sa au decupat acest proces în faze, stadii, poziții, puncte nodale, organizări, etape critice, crize etc., pentru a introduce un clasament și/sau o ierarhizare în această dezvoltare. Osterrieth, pornind de la analiza lucrărilor realizate de numeroși autori, a relevat existența a 61 de perioade cronologice între 0 și 24 de ani (adică în medie o nouă perioadă la fiecare 4-5 luni!). Altfel spus, iată cât de complex este studiul dezvoltării copilului imediat ce ne îndepărtăm de nivelul simplei observări macroscopice a comportamentului (vârsta staționării în șezut, apoi în picioare, mersul, curățenia etc.), și ce importanță are contextul teoretic propriu autorului.

Dintre diferitele curente teoretice le vom izola pur și simplu pe acelea care ni s-au părut esențiale pentru pedopsihiatrie. Acest decupaj conține desigur o parte de arbitrar și de artificial, dar este inevitabil datorită necesității conciziei acestei prime părți. Am exclus de aici ansamblul maturizării neurofizilogice perinatale: maturizarea electrogenezei cerebrale (v. Studiile Dreyfus-Brisac & col. asupra EEG la prematuri și nou-născuți); maturizarea neurologică (dovedită de reflexele neurologice arhaice: reflexul Moro, reflexul de agățare, reflexul punctelor cardinale, mersul automat); maturizarea biologică (în special evoluția rapidă a maturării hepatice). Ansamblul acestor procese maturative relevă *neotenia* nou-născutului uman: prin neotenie se înțelege de fapt prematuritatea fiziologică a puului de om în comparație cu majoritatea puilor din alte specii animale. Nou-născutul uman vine pe lume cu un echipament insuficient pentru a se adapta activ la mediul înconjurător. Acest rol este rezervat anturajului bebelușului în cursul primilor ani de viață. Este un aspect fundamental ce explică în parte importanța socializării ființei umane.

Alături de conceptele clasice de *filogeneză* (ce caracterizează evoluția speciilor) și de *ontogeneză* (ce caracterizează dezvoltarea individului pornind de la patrimoniul său genetic), conceptul mai recent de *epigeneză* circumscrie această neotenie.

Numim *epigeneză* orice organizare progresivă somatică sau comportamentală a individului, care este o construcție ce depinde simultan de programul genetic și de materialele și informațiile puse la dispoziția sa de către mediu. Acest concept de *epigeneză* relevă dificultățile ce apar când se încearcă într-o manieră prea caricaturală o separare a echipamentului genetic înăscut de aportul dobândit din partea mediului.

În cadrul unei specii particulare, locul *epigenezei* este cu atât mai mare cu cât neotenia este mai importantă: acesta este în mod evident cazul bebelușului uman.

Filogeneza, *ontogeneza*, *epigeneza* – trei numere ilustrează sfidarea unei teorii care încearcă să articuleze aceste trei planuri: în specia umană stocul genelor de structură este de cca zece mii (10^4), stocul neuronilor cerebrali este de zece miliarde (10^{11}), iar numărul interconexiunilor sinaptice dintre acești neuroni este de un milion de miliarde (10^{15}) (J.-P. Changeux). Diferențele dintre aceste cantități ridică problema relațiilor dintre structură și funcție, apoi dintre funcție și funcționare. Pornind de la un stoc limitat de gene de structură, cum se construiește *epigeneza* neuronală, pe de-o parte, *epigeneza* interactivă, pe de altă parte, și cum se poate gândi articularea dintre aceste două planuri? Această interogație parcurge o mare parte a acestei lucrări.

– ceea ce evoluează în sensul unei progresii funcționale succesive și se elaborează până când dobândește o anumită formă, mai mult sau mai puțin definitivă, pornind de la care procesul se modifică prin rafinare sau prin modificări secvențiale ale funcțiilor.

În procesul de maturizare care se referă la dezvoltarea morfologică și fiziologică a omului până la momentul în care ajunge la starea sa de maturitate, trebuie făcută distincția între anatomie, adică morfologia propriu-zisă, funcții, adică sistemele potențiale, și funcționare, adică activarea acestor sisteme. Anatomia, funcțiile și funcționarea se situează la niveluri de organizare distincte; ele întrețin diferite raporturi cu echipamentul înăscut și contribuțiile din partea mediului; între ele se stabilesc legături de dependență, dar și un anumit grad de independență, astfel încât caracteristicile uneia nu sunt suficiente pentru a determina în totalitate caracteristicile celorlalte.

Cu alte cuvinte, dacă maturizarea anatomică are propriile sale legi de evoluție, și dacă ea este condiția necesară dezvoltării, ea nu constituie și condiția suficientă pentru a explica un comportament și evoluția sa în cursul creșterii bebelușului și apoi a copilului.

În altă ordine de idei, imaturitatea este adesea asimilată unei lipse, unei simplificări sau reduceri a proprietăților și caracteristicilor maturității; imaturitatea nu ar fi decât o stare mai simplă a maturității. Cercetările cele mai recente din domeniul neurofiziologiei dezvoltării arată că imaturitatea nu trebuie definită doar în termenii unei lipse: ea comportă legi proprii de funcționare care trebuie constant studiate dintr-o perspectivă diacronică. Astfel, J. Scherrer individualizează patru proprietăți ce ar fi caracteristice imaturității funcționale a sistemului nervos:

- numărul scăzut de neuroni activați și activabili, care sunt întotdeauna mai puțin numeroși decât la adult;
 - lentoarea transmiterii semnalelor;
 - debitul scăzut al impulsurilor neuronale, în raport cu o transmitere sinaptică anevoioasă;
 - sensibilitatea deosebită a neuronilor față de mediu în anumite faze ale dezvoltării, sensibilitate pe care autorul o denumește „plasticitate electivă”.
- Aceste caracteristici ar explica de ce sistemul nervos imatur prezintă o redundanță și o fiabilitate scăzute, fapt ce conduce atât la plasticitatea, cât și la vulnerabilitatea sa.

Această imaturitate neurofiziologică permite de asemenea și „programarea epigenetică a sistemului nervos central” (A. Bourguignon) după cum cu ușurință demonstrează, cu titlu de exemplu, teoria stabilizării selective a sinapselor (teoria SSS elaborată de J.-P. Changeux). Această teorie are la bază constatarea experimentală la animal că numărul sinapselor evoluează în sensul unei reduceri

1 PRINCIPALELE SURSE TEORETICE ALE PEDOPSIHIATRIEI CLINICE

În cadrul acestui capitol vom face o prezentare foarte succintă a suporturilor teoretice la care pedopsihiatria face referire în practica sa. Aceste suporturi sunt de natură foarte heterogenă, iar compatibilitatea lor nu este întotdeauna evidentă. Ne vom limita aici la aspectele cele mai generale ale acestor teorii întrucât vom face, de-a lungul acestei lucrări, un loc mai amplu tuturor suporturilor teoretice proprii fiecărui domeniu patologic, fie că este vorba despre fiziologie, neuropsihologie, de contribuțiile psihanalitice sau epistemologice.

1. — BAZELE NEURO-ANATOMICE ȘI NEUROFIZIOLOGICE ALE COMPORTAMENTELOR

1.1. — PROBLEMA MATURIZĂRII

Evoluția rapidă a structurilor și funcțiilor cerebrale în perioada perinatală explică variabilitatea diacronică a semnelor neurologice și dificultatea de a izola grupe semiologice care ar putea răspunde unei viziuni sincrone.

Această maturizare neurofiziologică trebuie legată de maturizarea progresivă a conduitelor umane dar printr-o corelație a cărei natură trebuie precizată. Există marele pericol de a considera practic funcționarea ca fiind rodul sistemelor neurologice pur și simplu juxtapuse. În evoluția funcțiilor și conduitelor trebuie studiat:

- ceea ce există într-o anumită perioadă a evoluției și modificările cronologice care se produc ulterior;
- ceea ce există, dispare, reappare și apoi dispare din nou în secvențe mai mult sau mai puțin lungi;

de la naștere către vârsta adultă. Pentru J.-P. Changeux, o sinapsă este fie tranzitoriu labilă, fie definitiv stabilizată, fie degenerată. În cursul stabilizării, fiecare sinapsă intră în competiție cu altele asemănătoare în vederea realizării unei anumite funcții. Prin analogie cu selecția naturală, teoria SSS postulează că numai sinapsele cele mai active, cele mai stimulate, cele mai performante se stabilizează, în vreme ce celelalte degenerază. Constatările experimentale ale efectelor privării de lumină a sistemului vizual al puilor de pisică indică următorul sens: dacă într-o perioadă sensibilă sinapsele nu primesc activarea prin stimulare senzorială, puilul de pisică va rămâne orb. În absența stimulării adecvate, sistemul sinaptic, imatur la naștere, și traversând o fază optimă de sensibilitate (la pisică în intervalul dintre a 4-a și a 6-a săptămână de viață), nu se organizează, deși structura anatomică și funcția sunt corect constituite, funcționarea nu se instituie. Totodată, dacă această teorie SSS oferă un model interesant și seducător, aruncând o punte între structura neurofiziologică și dezvoltarea conductelor, ea dă cont cu dificultate de viitoare capacitate și aptitudine de schimbare a sistemului nervos central uman. În opinia lui A. Bourguignon, „procesul de auto-organizare” conceptualizat de H. Atlan, ar putea oferi o explicație în acest sens, opunând două sub-sisteme: unul caracterizat de redundanța scăzută, a cărui stabilitate ar juca un rol în special în procesul de memorare; celălalt, printr-o mare redundanță, ar constitui baza acestei capacități de auto-organizare.

Părăsind acest plan teoretic pentru a reveni la planul descriptiv, diferenții autori care s-au aplecat asupra creșterii au încercat prin decupaje succesive să fixeze momentan acest proces diacronic continuu pentru a izola stadii, etape și nivele sincronice care se pretează mai bine unui studiu static. În acest mod, în pofida bogăției acestor cercetări, permanența creșterii riscă să fie uitată în favoarea studiului doar al acestor etape: ceea ce este important în procesul de creștere, nu este etapa ca atare, ci trecerea de la o etapă la alta.

Or, esențialul mișcării maturative constă în aprecierea repercusiunii diacronice mutuale dintre funcționarea în sine (conduitele), funcția pusă în joc și structura neuro-anatomică implicată. Dacă structurile anatomice depind în mare parte de echipamentul înăscut, conduitele sunt strâns dependente de mediul în care evoluează bebelușul. Asta explică de ce este dificilă distincția în cadrul organizării funcționale a copilului între non-dobândit și dobândit. În realitate, este mult mai util să concepem un continuum al comportamentelor mergând de la cele care sunt stabile în raport cu mediul și relativ puțin influențate de variațiile mediului, până la cele labile în raport cu mediul. Comportamentul anterior desemnat ca „ne-învățat” sau „instinctiv” poate fi plasat către extremitatea stabilă a acestui continuum, fără ca asta să implice că învățarea este absentă în cursul dezvoltării sale, iar comportamentul desemnat anterior ca „învățat” poate fi plasat la extremitatea labilă a continuumului, fără ca asta să implice că aportul codului

genetic lipsește complet. Astfel, din această perspectivă, în fața unei conduite particulare, separarea arbitrară și simplistă între înăscut și dobândit relevă mai degrabă un joc speculativ decât o atitudine realmente științifică.

1.2. – PROBLEMA LOCALIZĂRII CEREBRALE

Definirea bazelor neuro-anatomice ale comportamentelor întâmpină dificultăți particulare atunci când este vorba despre om datorită dezvoltării considerabile a sistemului nervos central și a multitudinii sistemelor de interacțiune ce reglează comportamentul (reglare individuală, dar și familială, socială, culturală etc.). Cele câteva exemple clinice au toate la bază constatarea tulburărilor comportamentale secundare unor leziuni a căror amploare este întotdeauna enormă în comparație cu finețea structurilor puse în joc și a căror repartitie geografică nu respectă repartitia rolului funcțional al respectivelor structuri. După perioada inițială a descrierii leziunilor macroscopice și a consecințelor lor comportamentale (al căror model îl constituie tulburările afazice în cazul afectărilor corticale ale emisferei stângi), urmată de studiile experimentale pe animale concepute doar sub unghiul defectologiei, era studiului disfuncțiilor sistemelor reglatoare introduce o nouă dimensiune.

Desigur, aceste studii sunt încă fragmentare, parțiale; ele nu oferă aplicații imediate pentru clinica comportamentelor umane. Pornind de la constatările pe animale, efectuate în laborator, este nevoie de vigilență în fața extrapolărilor abuzive și pripite la comportamentul uman.

Totodată, o serie de dereglări comportamentale au ajuns să fie obținute în prezent cu o regularitate și fiabilitate suficiente pentru a putea descrie primele modele experimentale susceptibile, dacă nu să reproducă, cel puțin să aproximeze o serie de dereglări comportamentale observate în clinica umană. Creierul omului își dobândește specificitatea grație dezvoltării considerabile a neocortexului. Dar persistă un arheocortex ce rămâne, la speciile animale inferioare, foarte important.

Studierea evoluției filogenetice a structurilor neuro-anatomice ale sistemului nervos central în comparație cu evoluția comportamentelor la diferite specii permite avansarea unor ipoteze asupra instituirii filogenetice a unor structuri și conexiuni neuro-anatomice implicate în anumite trăsături ale comportamentului uman. Printre diferitele unități structurale astfel definite, prima unitate neuro-anatomică descrisă a fost „creierul emoțiilor” sau sistemul limbic. De altfel, sistemul septo-diencefalo-mezencefalic comportă structuri centrale (talamus, hipotalamus, epitalamus, aria septală, formațiunea hipocampică, complexul amigdalian și formațiunea olfactivă), căi aferente (aferențe senzitive și senzoriale

venind de la trunchiul cerebral, aferențe olfactive, aferențe difuze de la neocortex) și conexiuni eferente (fascicolul descendent median al telencefalului, conexiunea cu neocortexul).

În lumina experimentelor pe animale pare foarte probabil că acest ansamblu funcțional intervine în comportamentele ce traduc emoțiile, expresia agresivității (v. cap. 12) sau conduitele sexuale. Aceste comportamente ocupă un loc privilegiat în cadrul conduitei de socializare, fapt pe care experiențele efectuate de Karli l-au pus foarte bine în evidență. Astfel, distrugerea bilaterală a amigdalei la maimuță antrenează o imposibilitate de resocializare. Animalul devine indiferent, se izolează și nu supraviețuiește mult timp: în cadrul acestei specii animale, amigdala pare să joace un rol important în elaborarea și controlul reacțiilor emoționale legate de socializare. La fel, hipocampusul pare să fie implicat în procesele mnemonice legate de recunoașterea locurilor familiare.

Un subsamblu al acestui sistem septo-diencefalo-mezencefalic a fost în mod particular studiat de Le Moal și de Tassin & col., cu ajutorul leziunilor din ariile dopaminergice pre- sau infralimbice și cingulare. Aceste leziuni produc la animal un sindrom numit *sindromul ariei tegmentale ventrale* ce implică:

- o hiperactivitate locomotorie;
- un comportament hipoexplorator;
- o dispariție a reacției de vigilență a atenției;
- o dispariție a comportamentului de adunare.

Este vorba despre un sindrom permanent ce asociază o conduită de hiperactivitate motorie cu o hipoexplorare, animalul nemaifiind capabil de comportamente cu semnificație (în special la rozătoare: adunarea hranei): animalul devine incapabil să inhibe sau să își dirijeze motricitatea. Acest sindrom duce la moartea animalului.

Acest sistem reglator al activității motorii pare legat de activitatea dopaminergică (să amintim că neurolepticele blochează receptorii dopaminergici, în timp ce amfetaminele cresc nivelul de dopamină). Situațiile stresante par să producă o activare a acestui sistem, activare responsabilă de reacția de inhibiție a activității motorii și a vigilenței atenției. La fel, izolarea prelungită a animalului pare să fie responsabilă de o hiperactivitate a acestui sistem mezocortical, care facilitează transmiterea unor mesaje cu caracter anxiogen.

Interesul pentru un astfel de sistem este acela de a arăta existența unor circuite modulatorie al căror rol pare să fie de a controla circuitele efectoare mai simple. Aceste sisteme modulatorie primesc informații cu origini multiple, interne, periferice sau centrale, dar și externe, din mediul înconjurător. În funcție de aceste informații, ele vor modula activitatea diverselor circuite neurofiziologice. Modalitățile de activare sau de inhibare a acestor sisteme reglatoare au interesul

de a pune în relief interacțiunea constantă dintre natura mediului înconjurător și capacitățile de reactivare a sistemului respectiv.

Abinându-ne de la orice extindere abuzivă și simplistă la comportamentul uman, putem considera că aceste sisteme modulatorie furnizează totodată modele mult mai apropiate de clinica conduitei umane normale sau deviante, decât vechile sisteme lezionale corticale.

2. — TEORII CENTRATE PE COMPORTAMENT ȘI/SAU MEDIU: BEHAVIORISMUL, ETOLOGIA, TEORIILE SISTEMICE

2.1. — TEORII BEHAVIORISTE ȘI NEOBEHAVIORISTE

Watson, psiholog american (1913), a vrut să situeze studiul comportamentului uman în afara oricărei subiectivități. Pentru el, orice comportament uman este rezultatul unei învățări secundare unei condiționări: ansamblul comportamentului s-ar reduce, în opinia lui Watson, la o serie de reflexe condiționate lipsite de repercușuni reciproce între subiect și mediul său. Condiționarea învățării este condiționarea pavloviană simplă sau condiționarea răspunsului (de unde și denumirea de *teorie SR: Stimul-Răspuns*).

Oponându-se unei scheme reflexe prea simpliste, Skinner, încă din 1937, a propus, pornind de la experiențele asupra șobolanilor, modelul **condiționării operante**.

Un șobolan este plasat într-o cutie de lemn în care se găsește un mic levier a cărui manevrare declanșează venirea hranei. După o fază de explorare, șobolanul reușește din întâmplare să apese pe levier. Se observă apoi că animalul își limitează progresiv mișcările la această activitate. Aceleași rezultate se obțin și în cazul unui labirint în centrul căruia s-a plasat mâncare; animalul va găsi calea spre ea din ce în ce mai repede. Această condiționare este cu atât mai rapidă cu cât *motivația* este mai puternică iar *recompensa* este mai gratificantă.

Contrar condiționării răspunsului, condiționarea operantă este subordonată voinței animalului; este un veritabil program de realizare, conduita organizându-se puțin câte puțin pornind de la încercări și erori pentru a atinge scopul; în fine, prin comportamentul său, animalul modifică natura mediului înconjurător. Pentru Skinner, ansamblul comportamentului uman și învățarea copilului pot fi înțelese

în termeni de condiționare operantă. Ulterior, Wolpe avea să aplice direct aceste teorii la comportamentul uman în cadrul primelor tentative de terapii comportamentale (v. cap. 29, 1.5.).

Fie că este vorba despre behaviorism sau despre neobehaviorism, pentru aceste teorii SR personalitatea nu este decât o asamblare de condiționări din ce în ce mai complexe; problemele de imagine mentală și de structurare a psihismului sunt considerate ca superflice. *Obținuturile* reprezintă singura structură de bază ce menține legătura dintre stimul și răspuns; dinamica este reprezentată de stimulare în sensul său cel mai fiziologic. În schimb, aceste teorii s-au preocupat prea puțin de aspectul genetic, nici un stadiu evolutiv nefiind descris la copil.

Aplicațiile clinice ale acestor teorii se bucură în prezent de multă apreciere. Este bine să cunoaștem atât suportul teoretic, cât și limitele acestuia. Vom găsi în lucrările lui Eysenck, Le Ny și Cottraux ilustrări ale acestor aplicații, iar în articolul lui J. Hochmann o critică riguroasă a abuzării de ele.

2.2. — ÎNVĂȚAREA DIN PERSPECTIVA ȘCOLII RUSE

Puțin cunoscute în Occident, lucrările lui Vigotsky, Leontiev, Anokhin, Zaporozhets au încercat să propună o teorie a învățării care, dincolo de condiționarea reflexă, ia în considerare procesul de dezvoltare internă a actului. Este cazul conceptului de „aferentație inversă”. Aceasta are un dublu rol: pe de-o parte, joacă rolul de semnal pentru trecerea la lanțul comportamental următor în caz de succes, iar pe de altă parte, acela de semnal pentru repetarea comportamentului în caz de eșec al încercării. Vigotsky și colaboratorii săi au studiat problema transformării acțiunilor exterioare în proces intelectual intern, adică problema interiorizării. Cu titlu de exemplu, vom cita cazul bine studiat de Vigotsky, de *pointing*¹ la copil (în *Evoluția praxiilor ideomotorii*, J. Galifret-Granjon): este vorba despre gestul curent de a arăta un obiect cu mâna sau cu degetul arătător atunci când este numit (între 12 și 30 de luni). Pentru Vigotsky acțiunea de *pointing* joacă un rol esențial în dezvoltarea limbajului copilului și ar sta la baza tuturor formelor superioare de dezvoltare psihologică: fundamentul primitiv al acestui gest l-ar constitui încercarea nereușită de a lua sau apuca un obiect asupra căruia copilul este complet orientat, îndreptat. Din acest gest va izvorî o nouă semnificație atunci când copilul, aflându-se la o distanță prea mare, nu va putea să își apropie obiectul: mâna sa rămâne în aer, degetele continuând încercarea de a prinde. La început acest gest este unul pur motor. Totodată, un lanț intermediar provenind din experiență îl va transforma:

¹ În limba engleză în text, folosit cu sensul de a arăta, a indica (n. t.).

de fapt mama îi dă copilului obiectul către care el întinde mâna. Curând, copilul îndreaptă degetul către obiect, fără să mai încerce să îl apuce: gestul a devenit un gest pentru altcineva, altfel spus, gestul nu mai vizează un obiect, ci o persoană. Mișcarea de a „arăta cu degetul” a devenit un mijloc de comunicare.

Pentru Vigotsky această secvență demonstrează importanța socializării; gestul propriu copilului, la început pur motor, nu capătă un sens decât printr-o intervenție socială externă. Dezvoltarea psihică apare la început ca fiind de „categorii intermentale” (adică generate de relațiile dintre indivizi) pentru ca ulterior să se organizeze în „categorii intramentale” [trebuie semnalat că acest gest de „a arăta cu degetul” a fost ulterior preluat de foarte mulți autori (Werner și Kaplan, Bruner), dar Vigotsky a fost cel care, fără să fi fost primul care îl descria, i-a demonstrat întreaga sa importanță].

Ulterior, Leontiev, un elev al lui Vigotsky, va numi *parametri ai acțiunii* factorii ce conduc la interiorizarea și simbolizarea progresivă a comportamentelor motorii (generalizarea actului, reducerea actului, asimilarea, gradul de interiorizare).

În ansamblul lor, aceste cercetări sunt foarte apropiate de teoriile piagetiene, chiar dacă trecerea de la actul motor la actul simbolic este, în perspectiva autorilor din școala rusă, suscitată în mod esențial de un aport extern ce nu răspunde unei structurări interne, iar asta îi opune autorilor piagetieni.

2.3. — ETOLOGIA ȘI APLICAȚIILE SALE: J. BOWLBY

Etologia studiază animalul din cadrul său normal de viață și nu în laborator, așa cum procedează behavioriștii și neobehavioriștii. S-ar putea spune că în etologie animalul pune o problemă omului, în vreme ce în experimentele pavlovienne omul pune o problemă animalului. Fondatorii etologiei sunt K. Lorenz și N. Tinbergen, dar numai o dată cu experiențele lui Harlow (1958) asupra maimuțelor Rhesus și cu cercetările paralele efectuate de Bowlby asupra bebelușului uman, etologia a văzut deschizându-i-se câmpul aplicațiilor la comportamentul uman. Lucrarea lui Eibl-Eibesfeldt reprezintă o introducere teoretică indispensabilă pentru cel care dorește să se familiarizeze mai în profunzime cu metodologia de lucru în etologie. Noțiunile de amprentă și de teritoriu, deși esențiale, nu sunt explicate aici.

Cercetările lui Harlow

Printr-o serie de experiențe devenite celebre, Harlow a demonstrat necesitatea unei legături de atașament între puilul Rhesus și mamă, precum și toate implicațiile pe care le antrenează lipsa de atașament.

Niște pui de maimuță Rhesus sunt crescuți într-o izolare socială mai mult sau mai puțin completă încă de la naștere. Atunci când izolarea socială este totală în cursul primelor trei luni se remarcă, după încetarea izolării, câteva lacune în dezvoltarea socială, dar o dezvoltare satisfăcătoare a funcțiilor cognitive. Atunci când izolarea socială durează mai mult de 6 până la 12 luni, se observă o incapacitate a formării oricărei dezvoltări sociale (nu există manipulare, nici jocuri sexuale).

Când se propun puilor de maimuță mame artificiale, puii preferă mamele acoperite de părpe moi în locul mamelor din fire metalice. Această variabilă nu se schimbă, chiar dacă „mamele metalice” au un biberon: pentru Harlow, asta înseamnă că reconfortarea prin contact sau „atașamentul” constituie o variabilă majoră în legătura cu mama, superioară chiar și aportului de hrană. Au fost studiate mai multe variabile secundare (mama care se leagă, mama stabilă, mama încălzită, mama rece): puii Rhesus preferă, dintre „variabilele secundare”, mamele care se leagă și mamele care sunt încălzite, dar aceste variabile se schimbă în timp.

Puui Rhesus separați de mamă dar crescuți laolaltă prezintă un comportament social mai bun decât cei ținuuți în izolare. Femelele crescute în izolare totală au ulterior un comportament foarte rejectant față de propriul lor pui.

Aceste experimente arată importanța nevoii precoce de atașament și sechelele durabile, chiar definitive, pe care o provoacă o carență precoce de atașament puului de Rhesus.

Există o perioadă sensibilă dincolo de care recuperarea nu mai este posibilă.

Cercetările lui J. Bowlby

Încă din 1958, Bowlby a ajuns să respingă teoria sprijinirii pulsionii libidinale pe satisfacția orală (teoria lui Freud) pentru a reconsidera în lumina cercetărilor din domeniul etologiei noțiunea de atașament față de mamă. Să menționăm că încă înainte de asta exista deja în școala ungară de psihanaliză (P. Hermann) teoria atașării primare. Bowlby consideră că atașamentul bebelușului față de mamă și al mamei față de bebeluș rezultă dintr-un număr de sisteme de comportamente caracteristice speciei. Aceste sisteme se organizează în jurul mamei. Inițial Bowlby a descris cinci sisteme comportamentale: suptul – agățarea – urmărirea – plânsul – surâsul. Aceste cinci module comportamentale definesc conduita de atașament. Această conduită este primară: ea are ca scop, în opinia lui Bowlby (1969), să mențină copilul în proximitatea mamei (sau mama în proximitatea copilului, deoarece unele dintre aceste conduite sunt cele de urmărire, dar altele sunt conduite de chemare: plânsul – surâsul).

Această abordare respinge în special noțiunea fundamentală în teoria freudiană de întemeiere a relației de obiect libidinal prin sprijinire pe satisfacția trebuinței orale. Ea a stat la originea a numeroase controverse între psihologii

comportamentaliști sau de farmare etologică și psihanaliști. Se poate citi referitor la acest subiect confruntarea interesantă dintre o serie de puncte de vedere foarte diferite (în: *Atașamentul*, ed. Delachaux și Niestlé, 1974).

În domeniul psihopatologiei, Bowlby a descris, inspirându-se în parte din cercetările lui Harlow, reacțiile copiilor la separarea de mamă. El a izolat la copii cu vârsta între 13 și 32 de luni o serie de trei mari faze consecutive dispariției mamei (v. descrierea în cap. 18, 1.2.):

- faza de protest;
- faza de disperare;
- faza de detașare.

Pentru Bowlby această reacție la separare stă la baza reacțiilor de teamă și anxietate ale omului. El descrie de altfel, la copiii care au suferit deja separări sau care au fost amenințați în acest sens, conduita de *atașament anxios*.

Studiile etologice recente

Din ce în ce mai multe echipe efectuează cercetări asupra sugarului și a copilului mic inspirându-se din principiile etologiei. Aceste studii se concentrează în general asupra interacțiunilor mamă-copil sau a celor dintre copii de aceeași vârstă (observația în grădiniță sau în creșă). Accentul este pus pe comportamentele preverbele ale copilului, cercetările recente căutând să „decrypteze” un veritabil cod de comunicare preverbală. Astfel, Schaal descrie o reacție precoce de orientare a capului bebelușului în direcția unui tampon impregn timerat de mirosul mamei încă din a doua zi de viață; de cealaltă parte, mamele, încă din a patra zi întorc capul către un tampon impregn timerat de mirosul bebelușului. Menneson a încercat să stabilească o corelație între gestualitatea copilului în fața oglinzii și comportamentul adultului: un copil aflat singur în fața oglinzii se privește des, dar în prezența adultului copilul renunță la oglindă dacă adultul nu se privește, și se privește în oglindă dacă și adultul face asta.

Montagner a studiat comportamentele între copii și a definit diferite secvențe comportamentale. Astfel, el distinge printre interacțiunile dintre copii o serie de secvențe comportamentale ce au ca scop calmarea și crearea de legături (gestul de a oferi, mângâierea, sărutul, înclinarea laterală a capului...) și alte secvențe care conduc la o ruptură a legăturii, un recul, fugă sau agresiune (deschiderea gurii acompaniată de emiterea unor vocalizări stridente și proiectarea înainte a unui braț sau a unui picior). În funcție de frecvența producerii acestor conduite, Montagner descrie diverse tipuri comportamentale (lideri, dominanți agresivi, dominanți fluctuanți, dominați temători, dominați agresivi...) ce par să fie în parte corelate cu tipul de atitudine al mamei și să se schimbe o dată cu atitudinea acesteia, cel puțin până la vârsta de trei ani. Totodată, această încercare de tipologie nu este admisă de către unii autori.

Astfel, studiile etologice cele mai recente caută să izoleze unități comportamentale „semnificative” precizându-le caracteristicile genetice (vârsta apariției și apoi a dispariției) și de mediu (tipurile de declanșatori, consecințele asupra anturajului). Cu titlu de exemplu vom cita zămbetul și râsul, deschiderea largă a ochilor, înclinarea laterală a capului, împingerea capului înainte etc. În orice caz trebuie să reamintim că aspectul părtinitor pentru acești autori ține de faptul că este întotdeauna vorba despre comportamente observabile; în schimb, efectele interiorizate, fanteziile și fantasmele, dacă nu sunt ignorate, în orice caz nu sunt studiate.

2.4. – TEORIILE COMUNICĂRII ȘI TEORIILE SISTEMICE

Mai mult decât în cazul teoriilor precedente, aici nu este vorba despre studiul unui individ, copil sau adult, ci de o abordare centrată înainte de toate pe interacțiunile dintre indivizi în cadrul unui ansamblu.

Aceste teorii nu propun nici un model al dezvoltării copilului, nici nu sunt preocupate de cunoașterea organizării psihopatologice interne a copilului sau a părinților săi: atenția lor este îndreptată exclusiv asupra modurilor de comunicare.

Principiile de bază pe care se sprijină aceste teorii sunt relativ simple, ușor perceptibile din exterior: motiv care, în parte, a făcut ca aceste abordări să devină atât de populare. Cunoașterea lor nu prezintă un mare interes în ce privește copilul și etapele sale de dezvoltare. În schimb, cunoașterea acestor teorii este utilă în anumite abordări terapeutice cu unele familii (v. cap. 29, 4.1.).

Teoria comunicării a fost inițial elaborată de psihiatrii de la universitatea californiană din Palo Alto, foarte impregnați de teoriile cibernetice: acestea le-au servit ca model prin noțiunile de retroacțiune pozitivă sau negativă, buclă regulatoare, sistem homeostatic etc.

De fapt, de la un model explicativ linear (modelul termodinamicii din sec. XIX), teoreticienii comunicării au trecut la un model circular în care fiecare termen este determinat de precedentul, dar este determinat și de următorul, care are o acțiune retroactivă asupra primului, și așa mai departe (v. fig. 1 și 2).

Vom enunța foarte pe scurt principiile comunicării, care sunt în număr de cinci:

- 1) Este imposibil pentru un individ plasat într-o interacțiune să nu comunice: refuzul de a comunica nu este decât un tip particular de comunicare;
- 2) Orice comunicare prezintă două aspecte: conținutul comunicării și tipul de relație stabilită între cei doi protagoniști. Asta definește nivelul explicit de comunicare, precum și nivelul implicit. Trecerea de la nivelul explicit la nivelul

$$A \rightarrow B \rightarrow C$$

FIG. 1. – Modelul interacțiunii lineare

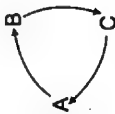


FIG. 2. – Modelul interacțiunii circulare

implicit presupune capacitatea de a comunica despre comunicare: aceasta este **metacomunicarea**;

3) Natura relației între doi parteneri depinde pentru fiecare de punctarea secvențelor de comunicare;

4) Există două moduri heterogene de comunicare, **comunicarea digitală** (limbajul însuși) și **comunicarea analogică** (tot ceea ce ține de limbaj: intonație, mimică, postură...);

5) Interacțiunile sunt fie de natură simetrică (tendința la egalitate și la minimalizarea diferențelor), fie de natură complementară (tendința de a maximaliza diferențele și utilizarea lor în comunicare).

Pornind de la aceste baze teoretice, Bateson și apoi Jackson & col., au propus un model particular de înțelegere a familiilor în care se află un bolnav mintal, în general un bolnav schizofren.

Teoriile sistemice reprezintă aplicarea la un grup particular a acestor principii ale comunicării. Familia este tocmai modelul unui sistem care, ca orice sistem, se caracterizează prin două tendințe contradictorii:

- tendința homeostatică;
 - necesitatea schimbării, în special atunci când unul dintre membri se schimbă.
- În multe familii, copilul se află în centrul unei rețele strânse de interacțiuni, în special în cazul unei conduite deviate, fapt care i-a condus pe numeroși psihiatri și/sau psihologi pentru copii să utilizeze referințele sistemice și teoriile comunicării în abordarea terapeutică. Cititorul se va raporta la capitolul 27, 4.2., sau la lectura unor lucrări de bază, cum ar fi cele de Jackson & col. și de Selvini & col.

Am procedat la o foarte scurtă prezentare a acestor teorii, nu pentru că ele iau în considerare punctul de vedere al dezvoltării (atitudinea este chiar total opusă, deoarece, citind descrierile de terapie sistemică, avem sentimentul că natura interacțiunilor este în mod riguros aceeași la orice vârstă, fie că este

vorba despre un copil de 5 ani sau despre un adolescent de 17 ani), ci datorită răspândirii lor actuale. Alături de terapiile comportamentale, terapiile centrate pe comunicare sau sistem (terapia sistemică) caută adesea să se opună într-o manieră polemică terapiilor centrate pe organizarea psihică internă. Ar fi de dorit ca niște confruntări mai puțin pasionate între diverși teoreticieni să poată determina domeniile de activitate cele mai pertinente: este ceea ce noi am încercat să facem într-o oarecare măsură în ultima parte a acestei lucrări.

3. — PSIHLOGIA COPILULUI ȘI ȘTIINȚELE COGNITIVE

3.1. — DEZVOLTAREA COGNITIVĂ ÎN VIZIUNEA LUI J. PIAGET

În paralel cu cercetările sale epistemologice, Piaget s-a ocupat de descrierea evoluției funcționării cognitive a copilului pornind de la observarea directă și prin studii longitudinale al evoluției diferitelor strategii pe care acesta le folosește pentru rezolvarea unei probleme experimentale.

Pentru Piaget, finalitatea căutată este *adaptarea* individului la mediul său. Adaptarea este o caracteristică a oricărei ființe vii: inteligența umană este înțeleasă ca forma de adaptare cea mai rafinată care, grație unei serii de adaptări succesive, permite atingerea unei stări de echilibru a reglării dintre subiect și mediu.

În afară de maturizarea neurologică, mai intervin două serii de factori: pe de-o parte, rolul exercițiului și al experienței dobândite în cadrul acțiunii efectuate asupra obiectelor; de cealaltă parte, interacțiunile și transmiterile sociale. Acești factori provenind din trei planuri diferite contribuie la o construcție progresivă „*astfel încât fiecare inovație devine posibilă numai în funcție de cea precedentă*”. Această construcție are ca obiectiv atingerea unei stări de echilibru pe care Piaget o descrie ca „o autoreglare, adică o serie de compensări active ale subiectului ca răspuns la perturbările exterioare și la un reglaj simultan retroactiv și anticipator, constituind un sistem permanent de astfel de compensare”.

Două concepte permit înțelegerea acestui proces de adaptare și apoi de echilibrare: este vorba despre asimilare și acomodare.

Asimilarea caracterizează încorporarea elementelor mediului în structura individului.

Acomodarea caracterizează modificările structurii individului în funcție de modificările mediului.

„*Adaptarea este un echilibru între asimilare și acomodare*”. Adaptarea cognitivă este considerată ca o prelungire a adaptării biologice; ea reprezintă forma de echilibrare superioară. Aceasta nu este desăvârșită decât atunci când ajunge la un sistem stabil, adică atunci când se realizează un echilibru între asimilare și acomodare. Aceste sisteme stabile definesc mai multe paliere sau stadii în evoluția genetică a copilului.

Noțiunea de stadiu în epistemologia genetică este fundamentală. Ea are la bază următoarele principii:

- stadiile se caracterizează printr-o ordine de succesiune invariantă (și nu doar o simplă cronologie);
- fiecare stadiu are un caracter integrativ, adică structurile construite la o anumită vârstă devin parte integrantă a structurii următoare;
- un stadiu este o structură de ansamblu non-reductibilă la juxtapunerea subunităților care o alcătuiesc;
- un stadiu implică în același timp un nivel de pregătire și un nivel de desăvârșire;
- în orice succesiune de stadii, este necesar să se distingă procesul de formare, de geneză și formele de echilibru final.

Aceste definiții ale unui stadiu sunt sensibile diferite de noțiunea de stadiu așa cum se regăsește ea în teoriile psihanalitice (v. p. 29). Accederea la un nou stadiu se traduce printr-o formă radical nouă de organizare a proceselor cognitive, categoric heterogenă în raport cu organizarea din stadiul precedent.

Astfel, se disting patru mari perioade:

Perioada de inteligență senzorio-motorie

Piaget împarte această perioadă preverbală în șase stadii (– exercițiu reflex: 0-1 lună; – primele obiceiuri: 1-4 luni; – adaptări senzorio-motorii intenționate: 4-8/9 luni; – coordonarea schemelor secundare și aplicarea la situații noi: 9-11/12 luni; – reacția circulară terțiară și descoperirea de mijloace noi prin experimentări active: 11/12-18 luni; – inventarea de mijloace noi prin combinare mentală: 18-24 luni). Schema de acțiune reprezintă echivalentul funcțional al operațiilor logice ale gândirii. O *schemă de acțiune este ceea ce este transpozabil, generalizabil sau diferențiabil de la o situație la alta, altfel spus ceea ce este comun diferitelor repetiții sau aplicații ale aceleiași acțiuni (Biologie și cunoaștere)*. Exemple de scheme de acțiune: schema de a balansa un obiect suspendat, de a trage un vehicul, de a viza un obiectiv; sau, de o manieră mai complexă: schema de reuniune (tot ceea ce unește), schema de ordonare (orice conduită de clasare). Aceste scheme de acțiuni reprezintă deci unități comportamentale elementare, ce nu sunt legate direct de obiecte; aceste scheme

de acțiuni permit asimilarea progresivă de noi obiecte și în același timp acestea din urmă, prin acomodare, provoacă apariția de noi scheme. Prin experiență și exercițiu senzorio-motor se organizează progresiv conduitele semnificative și intenționate. De asemenea, pornind de la experiența motorie se construiește o reprezentare mentală a obiectului.

Perioada preoperatorie (de la 2 la 6 ani)

Această perioadă marchează accederea progresivă la inteligența reprezentativă; fiecare obiect este reprezentat, adică va corespunde unei imagini mentale ce permite evocarea obiectului respectiv în absența sa. Copilul ajunge să-și dezvolte funcția simbolică (sau semiotică): limbajul, imitarea ulterioară, imaginea mentală, desenul, jocul simbolic. Piaget numește **funcție simbolică** „capacitatea de a evoca obiecte sau situații care nu sunt percepute în prezent folosindu-se de semne sau simboluri”. Această funcție simbolică se dezvoltă între 3 și 7 ani prin imitare sub formă de activități ludice: copilul reproduce în joc situațiile care l-au impresionat, l-au interesat, l-au nălmășit. Limbajul acompaniază jocul și permite interiorizarea progresivă. Totuși copilul nu este capabil încă să se decenterize de propriul punct de vedere și nu poate pune în relație reciprocă propriile percepții succesive: gândirea nu este încă reversibilă, de unde și termenul de **preoperatorivitate**.

Gândirea se bazează pe intuiția directă: astfel, pentru aceeași cantitate de lichid aflat în tuburi cu secțiuni diferite, în opinia sa va fi cu atât mai multă apă cu cât nivelul este mai ridicat, deoarece copilul nu este capabil, la această vârstă, să pună în relație înălțimea coloanei de apă cu secțiunea tubului.

Perioada operațiilor concrete (de la 7 la 11-12 ani)

Această perioadă marchează un mare progres în socializarea și obiectivarea gândirii. Copilul devine capabil să se decenterize, nu se mai limitează doar la propriul său punct de vedere, poate coordona mai multe puncte de vedere și să extragă consecințele. Devine capabil să se elibereze de aspectele succesive ale percepțiilor sale pentru a distinge dincolo de ceea ce se schimbă ceea ce rămâne invariant. Limita operatorie a acestei perioade rămâne marcată de necesitatea suportului concret: copilul nu poate să gândească încă pornind numai de la enunțurile verbale.

Pornind de la manipulările concrete, copilul poate observa simultan transformările și aspectele invariante. El accede astfel la noțiunea de reversibilitate și realizează primele grupări operatorii: inserierea, clasificarea. Gândirea procedează prin tatonări, înainte-înapoi (operație inversă și reciprocitate). Se instituie astfel noțiunile de conservare a substanțelor (greutate, volum), apoi de conservare spațială și conservare numerică.

În același timp, în domeniul social, copilul ia cunoștință de propria gândire, de cea a altora, fapt ce precede o îmbogățire a schimburilor sociale. El acceptă punctul de vedere al altora, sentimentele lor. Devine posibilă o veritabilă colaborare și cooperare de grup între mai mulți copii. Maniera din ce în ce mai complexă a jocurilor evidențiază aceste lucruri.

Perioada operațiilor formale (începând de la 11-12 ani)

Această perioadă care marchează intrarea în adolescență nu este abordată în lucrarea de față (v. cuvânt înainte).

3.2. — PSIHLOGIA DEZVOLTĂRII, UN EXEMPLU: H. WALLON

Pornind de la observarea copiilor înapoiți mintal, apoi de la studiile longitudinale și anchetele pe grupe de vârstă, Wallon a studiat dezvoltarea copiilor, mai întâi prin prisma interacțiunii dintre echipamentul motor și afectivitatea nou-născutului, iar apoi dintre copil și mediul social.

Wallon descrie o serie de stadii care răspund unei stări tranzitorii de echilibru ce își are originile în trecut, dar care influențează toată viața viitorul. Contradițiile trăite de către copil provoacă o serie de crize ce stau la baza remaniierilor care permit trecerea la un nou stadiu. Cercetările lui Wallon își păstrează întreaga valoare prin importanța pe care a acordat-o celor două axe de raportare: axa afectivitate-emotivitate și axa echilibrului tonico-motor.

În special lui Wallon i se datorează noțiunea de *dialog tonic*, ce reprezintă un veritabil schimb preverbal între copil și anurajul său. În zilele noastre, etologia (v. 2.3.), într-o altă manieră de formulare, atribuie o mare importanță motricității precoce și sistemelor de comunicare preverbală pe care le implică gestualitatea și tonicitatea.

Stadiul impulsiv pur. — Îl caracterizează pe nou-născut. Răspunsul motor la diferite tipuri de stimulare este un răspuns reflex: asistăm când la o descărcare motorie masivă, lipsită de control superior, când la un reflex adaptat obiectului său (supt, prehensiune reflexă).

Al doilea stadiu numit emoțional. — Este marcat în jurul vârstei de 6 luni, prin prevalența semnalelor orientate către universul uman, pornind de la semnalele reflexe (plâns, zămbete) prezente în stadiul precedent. Bebelușul nu are numai trebuințe fiziologice (să fie hrănit, spălat...), ci și nevoi afective și emoționale: are nevoie de mângâieri, să fie legănat, sărutat, să rădă etc. Bebelușul reclamă aporturile afective pe care le împărtășește cu partenerul sau partenerii adulți.

În acest stadiu, copilul reacționează în fața imaginii pe care o vede în oglindă. În opinia lui Wallon, el se crede imaginea pe care o vede, „*motiv pentru care îi zâmbește, îi întinde brațele, o numește cu prenumele său*”. Nu există o reprezentare deoarece „*obiectul trebuie să devină mai întâi exterior pentru a putea fi reprezentat. Între experiența imediată și reprezentarea lucrurilor trebuie să intervină în mod necesar o disociere*” (Wallon, citat de J. Constant).

Stadiul senzorio-motor (sfârșitul primului an, începutul celui de-al doilea): marchează prevalența actului motor în cunoașterea obiectelor. Mai întâi pur impulsivă, activitatea senzorio-motorie evoluează către inventarea unor conduite proprii descoperirii de noi experiențe. Două activități senzorio-motorii joacă un rol considerabil: mersul și vorbirea. Mersul deschide copilului mic un spațiu care îi transformă complet posibilitățile de investigare. Cuvântul deschide câmpul activităților simbolice după ce a depășit nivelul simplei activități atto-fonatorii (lalație, gângurit).

Stadiul proiectiv (către 2 ani). — Este stadiul în care activitatea motorie în sine stimulează activitatea mentală (conștiință în opinia lui Wallon): copilul cunoaște obiectul prin acțiunea pe care o exercită asupra lui. Actul este însoțitorul necesar al reprezentării. Din acest punct de vedere echipamentul tonic de bază care permite realizarea practică este esențial.

Stadiul personalismului (de la 2 ani și ½ la 4-5 ani). — Copilul ajunge să se elibereze el singur din situațiile în care este implicat, ajungând la o „conștiință de sine”. Această „conștiință de sine” implică faptul că el este capabil să aibă o imagine de sine, o reprezentare de sine a cărei traducere clinică o constituie negativismul și faza de opoziție către vârsta de 2 ani și ½ - 3 ani. Conștiința de sine se opune în manieră dialectică conștiinței de altul: copilul dezvoltă o sensibilitate excesivă în raport cu altul, de unde „reacția de prestație”, jena, rușinea. După această perioadă, copilul caută să se afirme în ochii altuia, să obțină o recunoaștere: opoziție, bufonerie și prostii. După această perioadă de opoziție, grație progreselor în controlarea motricității, copilul poate să se facă admirat, să iubească și să își seducă anturajul (faza de grație).

Stadiul personalității polivalente (începând de la 6 ani). — Până aici, etapele precedente au avut drept cadru „constelația familială”, o dată cu începerea școlarizării, copilul formează legături cu anturajul social, dar acestea sunt marcate la început de o perioadă de incertitudine, de schimbări rapide în funcție de interese și de circumstanțe. Copilul participă la numeroase jocuri de grup, schimbă roluri și funcții, își multiplică experiențele sociale.

Pe lângă H. Wallon, mulți alți autori au analizat dezvoltarea psihologică a copilului, fiind interesați când de descrierea cât mai precisă posibil a procesului

de creștere fără a utiliza în manieră explicită o teorie a dezvoltării (Gessell), când, dimpotrivă, de ideea de a analiza această dezvoltare prin prisma unei teorii unificate a dezvoltării. Totuși, după Piaget, nici un autor nu a mai propus o nouă teorie a dezvoltării susceptibilă să integreze într-un ansamblu armonios și explicativ multiplele date culese grație experiențelor care s-au realizat totuși referitor la dezvoltarea cognitivă a copilului, a sugarului și chiar a nou-născutului. De fapt, numeroase experiențe au condus la o punere în discuție a constructivismului piagetian (Bruner, Bowyer, Gibson...). Aceste interogații se află la baza a ceea ce numim astăzi „științele cognitive”.

3.3. — ȘTIINȚELE COGNITIVE

În anii '70 mai multe științe s-au polarizat în jurul dezvoltării inteligenței artificiale: psihologia, lingvistica, științele computării și ale inteligenței artificiale, epistemologia și neuroștiințele. Din intersectarea lor a izvorât ceea ce avea să se numească „științele cognitive”. Aceste noi discipline au ca ambiție, dacă nu să definească, cel puțin să descrie „inteligența” și funcționarea sa: „obiectul științei cognitive este în mod esențial cunoașterea virtuală... Științele cognitive sunt deci științe ale competenței cognitive, adică ale competenței de a forma și produce cunoaștere oricare ar fi variațiile materiale ale sistemului care le constituie originea” (G. Tiberghien, 1986). În mod evident domeniul științelor cognitive depășește cu mult domeniul care ne interesează pe noi aici, adică dezvoltarea copilului sub raportul multiplelor sale aspecte, inclusiv cele patologice. Totuși, experiențele din ce în ce mai numeroase referitoare la capacitățile cognitive ale nou-născutului și ale sugarului ridică o serie de întrebări clinicianului în raport cu condițiile acestei dezvoltări.

Fără a intra în detalii, este important să subliniem că marea majoritate a cercetărilor actuale pornesc de la un montaj experimental prototipic: acela al curbei de obișnuire. Un nou-născut sau un sugar supus unui stimul repetitiv trece printr-o perioadă de noutate, apoi se obișnuiește treptat cu acest stimul până când ajunge din nou la nivelul reactiv ce a precedat stimularea. Ajuns la acest palier de „obișnuire”, o modificare a stimulului provoacă o nouă reacție de atenție, reacție măsurabilă prin diverși parametri (ritm cardiac, mișcări oculare, agitație motorie, frecvența supturilor non-nutritive etc.). Se dispune deci de o metodologie simplă ce permite evaluarea pragurilor perceptive (sonor, vizual, tactil), a competențelor discriminative (culori și forme, cuvânt și limbaj...), a preferințelor. Fiecare publicare aduce deci o experiență nouă ce pune în evidență vastul câmp al competențelor nou-născutului.

Din aceste diverse experiențe, anumite fapte se remarcă în mod regulat.

Funcționarea psihică a nou-născutului nu pornește de la o „tabula rasa”: învățarea nu mai poate fi rezumată la expresia unei cunoașteri genetice prestabilite ca o amprentă lăsată de experiență în „ceara moale” a unui creier virgin. În realitate, orice învățare este posibilă doar pornind de la constrângerile prealabile, pe care J. Melher le numește „precursori ai operațiilor”: „bebelușul nu numai că este capabil să trateze informațiile vizuale sau auditive, dar posedă și anumiți precursori ai operațiilor mai abstracte în jurul cărora ființa umană își organizează viața rațională”. Acești precursori ai operațiilor reprezintă niște constrângeri pornind de la care informația dobândește sens.

Una dintre provocările epistemologice pe care aceste numeroase experiențe le-au ridicat în fața teoriilor clasice, în special teoriei piagetiene, privește existența capacităților precece de abstractizare, capacități ce ar preceda orice manipulare concretă. Experiența principală, concepută de Meltzoff și Borton (1979) reprezintă o ilustrare în acest sens: un sugar este „obișnuit” să sugă o tetină rugoasă, prevăzută cu denivelări cilindrice, care îi este oferită fără a-i fi arătată. Apoi se proiectează pe un ecran imaginile unei tetine netede și ale unei tetine cu rugozități. Privirea lui se va îndrepta de preferință către aceea pe care a supt-o. Astfel, „reprezentarea extrasă de bebeluș în timpul suptului ar corespunde imaginii vizuale, încât ne-am putea gândi că reprezentările pot fi construite oricare ar fi modalitățile senzoriale implicate, iar asta presupune deja niște reprezentări abstracte” (J. Melher).

Această capacitate de transmodalitate (Stern), sau de abstractizare, chiar dacă este încă prea devreme pentru a-i defini importanța și întinderea la naștere și în primele luni de viață, ar putea dovedi pentru mulți dintre cognitivisti emergența funcției simbolice și a funcției de reprezentare.

Termenul de „reprezentare” este probabil unul dintre cei mai polisemantici și mai ambigui în domeniul dezvoltării cognitive și afective a copilului. Nu există cogniție, funcție simbolică sau limbaj fără „reprezentare”; dar nici afect, pulsune sau emergență fantasmatică fără „reprezentare”. „Reprezentarea” în sens cognitiv și „reprezentarea” în sens psihanalitic au oare conținuturi, dacă nu similare, cel puțin parțial comune sau, dimpotrivă, trebuie considerate ca fundamentale diferite? Această problemă face în prezent obiectul unor numeroase discuții.

4. — TEORII PSIHANALITICE

S. Freud și-a îndreptat de foarte timpuriu atenția asupra trecutului infantil al pacienților nevrotici adulți; nevroza de transfer este direct legată de reactivarea nevrozei infantile, iar dezvoltarea sa caracterizează desfășurarea curei. Astfel,

copilul se află în centrul psihanalizei, dar este vorba despre un copil particular, cel puțin în cazul primelor scrieri psihanalitice: copilul de care se interesează psihanaliza este întâi de toate un copil reconstruit, un copil-model. Desigur, S. Freud a găsit în micul Hans ilustrarea clinică a ceea ce reconstrucția teoretică pornind de la curele de adulți îl făcea să presimțită, dar se cunosc particularitățile acestei observații (cazul lui Hans i-a fost relatat lui Freud și a fost tratat de el grație unui intermediar, tatăl copilului, el însuși fiind unul dintre elevii lui Freud) și multiplele discuții teoretice pe care acest caz le-a generat (v. cap. 17, 3.2.).

Introducerea observației directe a copilului nu a apărut decât mai târziu, în special la încurajarea Annei Freud, apoi a psihanalizilor geneticieni americani (Spitz, Kris și colaboratorii), înainte de a cunoaște extinderea pe care o are în prezent pornind de la lucrările inițitoare ale lui J. Bowlby.

În acest text introductiv vom pune în lumină foarte succint conceptele care sunt îndeosebi pertinente în cadrul evoluției genetice a copilului.

4.1. — S. FREUD ȘI PRIMII PSIHANALIȘTI

Este foarte dificil să extragi din ansamblul operei lui S. Freud ceea ce vizează în primul rând copilul: teoria psihanalitică formează un tot. În același timp, interesul nostru îl constituie în special organizarea genetică a personalității și studiul stadiilor de dezvoltare libidinală.

Concepte psihanalitice fundamentale

Studiul dezvoltării aparatului psihic trebuie să ia în considerare trei puncte de vedere:

Punctul de vedere dinamic. — Face să apară noțiunile de conștient, preconștient și inconștient (prima topică) și noțiunea fundamentală de conflict atât în dimensiunea sa pulsională (pulsione libidinală, pulsione agresivă, principiul plăcerii), cât și a mecanismelor de apărare opuse acestor pulsioni (refulare, contra-investire, formațiune de compromis). La copil, pe lângă conflictele interne clasice, identice cu cele care se pot observa și la adult, trebuie adăugate și conflictele externe (A. Freud) sau imixtiunea în cadrul dezvoltării (H. Nagera) și conflictele interiorizate (v. cap. 17, 3.2.).

Punctul de vedere economic. — Ia în considerare aspectul cantitativ al forțelor prezente: intensitatea energiei pulsionale, intensitatea mecanismelor de apărare și a contra-investițiilor, cantitatea de energie mobilizată de conflict...

Punctul de vedere topic vizează originea forțelor prezente (ale Sinelui, Eului și Supraeului) și natura relațiilor între aceste diferite instanțe. Acest punct de vedere topic impune la copil studiul diferențierii progresive a diferitelor structuri psihice.

— Eul nu apare decât progresiv, la început sub forma unui pre-eu, în stadiul narcisismului primar; el se organizează și se degajează din narcisism în același timp cu obiectul libidinal. Rolul său inițial este de a stabili un sistem defensiv și adaptativ între realitatea externă și exigențele pulsionale.

— SUPRAEUL nu apare decât târziu în teoria freudiană, legat de complexul oedipian, prin interiorizarea imaginilor și exigențelor parentale. În cazul în care această interiorizare este suficient de modulată, limitările și regulile impuse de Supraeu sunt o sursă de satisfacție prin identificarea cu imaginile parentale. Ipoteza unui Supraeu precoce, arhaic, nu a fost formulată decât ulterior, de către M. Klein (v. 4.3.).

— SINELE INFANTIL pare să fie caracterizat de importanța pulsuniilor parțiale și de gradul de intricare între pulsuniile agresive și pulsuniile libidinale, afectând uneori activitatea de legare a Eului și conducând la dezintrăcări pulsionale.

La copil adăugăm în final și punctul de vedere genetic. Acesta pune accentul pe evoluția instanțelor psihice și a conflictelor în funcție de nivelul de dezvoltare atins de copil. Punctul de vedere genetic se articulează cu noțiunea de stadiu.

În teoria psihanalitică, un stadiu se caracterizează prin punerea în corespondență a unei surse pulsionale particulare (zonă erogenă), a unui obiect particular (tip de relație de obiect) și a unui anumit tip de conflict, ansamblul acestora realizând un echilibru temporar între satisfacția pulsională și contra-învășturile defensive.

În mod normal se observă o succesiune temporală a acestor stadii, dar în maniera unei încăstrări progresive: nu se produce o heterogenizare formală de la un stadiu la altul, ci fiecare nou stadiu nu face decât să-l înglobeze sau să-l acopere pe cel precedent care rămâne întotdeauna subiacent și prezent. Acest fapt opune noțiunea de stadiu, în sens psihanalitic, cu noțiunea de stadiu, în sens piagetian (v. 3.1.).

Noțiunile fundamentale de fixație și regresie decurg din această accepțiune a unui stadiu.

— FIXAȚIA se observă atunci când legătura dintre pulsune și obiect este deosebit de strânsă. Fixația pune capăt mobilității pulsuniilor opunându-se eliberării sale, adică schimbării de obiect; deci fixația este susceptibilă să devină un obstacol în calea schimbărilor necesare legate de dezvoltare. Din punct de vedere eco-

nomie, fixația survine atunci când un eveniment sau o situație afectivă a marcat atât de puternic un stadiu evolutiv încât trecerea la stadiul următor a devenit dificilă sau chiar a fost inhibată. Un punct de fixație se poate observa în special atunci când 1) au fost resimțite satisfacții excesive într-un anumit stadiu (exces de gratificare libidinală sau contra-investire defensivă intensă și care devine sursă secundară de satisfacție), 2) obstacolele întâlnite în cursul accederii la stadiul următor provoacă o frustrare sau o neplăcere astfel încât întoarcerea defensivă la stadiul precedent pare în mod imediat mai satisfăcătoare.

— CONCEPTUL DE REGRESIE este strâns legat de noțiunea de punct de fixație: acesta reprezintă de fapt un punct de apel la regresie. În dezvoltarea copilului este vorba cel mai adesea despre o **regresie temporală**, altfel spus copilul se întoarce la scopuri pulsionale caracteristice stadiilor anterioare. **Regresia formală** (trecerea de la procesele secundare la procesele primare) și **regresia topică** (trecerea de la nivelul de exigență a Eului sau a Supraeului la nivelul de exigență a Sinelui) se observă mai rar și caracterizează mai degrabă mișcările patologice.

Conceptele de puncte de fixație și de regresie sunt operante în special în studiul dezvoltării: ele explică dizarmoniile frecvent observate. Evaluarea funcției lor patologice sau nu este unul dintre principalele obiective ale clinicianului confruntat cu conduitele simptomatice (v. cap. 2, 2.3. și cap. 28, 1.).

Principiile funcționării mentale pun în opoziție principiul plăcerii și principiul realității cu care se articulează **procesele primare** ale gândirii, opuse **proceselor secundare**. Principiul plăcerii este caracterizat de căutarea de a evacua și de a reduce anumite tensiuni psihice, căutarea plăcerii descărcării pulsionale asociate compulsiilor la repetiție a unor experiențe. Principiul realității ia în considerare limitările, interdicțiile, temporizările necesare pentru ca descărcarea pulsională să nu aibă un aspect distructiv pentru subiect. Aceasta constituie în parte una dintre funcțiile Eului în devenire al copilului, de a planifica acțiunea, de a amâna satisfacerea în speranța unei satisfacții mai mari sau mai adaptate la realitate. În planul proceselor psihice putem deci defini procesele primare ca fiind caracterizate de o liberă curgere a energiei psihice în funcție de expresia imediată a pulsuniilor provenind din sistemul inconștient. În sens opus, în cadrul proceselor secundare, energia este legată, adică satisfacția poate fi amânată: aceste procese secundare se caracterizează prin recunoașterea și investirea timpului, experiențele mentale având ca scop găsirea mijloacelor adecvate pentru a obține noi satisfacții înăuntrul cont de principiul realității.

Trecerea la procesele secundare prin investirea proceselor mentale marchează pentru copil și o reducere a **tendinței de a acționa**. Punerea în act, deosebit de frecventă la copil, este la început modalitatea privilegiată de descărcare a tensiunilor și a pulsuniilor libidinale, dar mai cu seamă a celor agresive. Această

punere în act prin compulsiu la repetiție poate reprezenta un obstacol în calea investirii gândirii și a proceselor secundare. La copil se remarcă o evoluție progresivă, ce pornește de la punerea în act normală, rezultând din incapacitatea copilului mic de a lega eficace pulsuniile, până la trecerea la act patologică, întrucât afectează în mod durabil investirea proceselor secundare.

Stadiile libidinale

Dacă teoria pulsuniilor ia în considerare dualismul pulsional (fie că este vorba despre dualismul pulsione sexuală—pulsione de autoconservare sau de al doilea dualism pulsione de viață—pulsione de moarte), studiul pulsuniilor la copil s-a limitat la început, cel puțin la Freud și la primii psihanalști (în special K. Abraham), la studiul pulsuniilor sexuale sau libidinale. A trebuit să se aștepte până la Melanie Klein pentru a i se da pulsunii de moarte întreaga importanță pe care i-o cunoaștem (v. 4.3.).

Freud desemnează sub denumirea de **sexualitate infantilă** „*tot ceea ce privește în prima copilărie activitățile de căutare a unei plăceri locale pe care un organ sau altul este susceptibil să o procure*”. Deci este o eroare limitarea sexualității infantile doar la genitalitate.

Principalele stadii libidinale descrise sunt următoarele:

Stadiul oral (0 – 12 luni). – Sursa pulsunii este gura și ansamblul cavității bucale; obiectul pulsunii este sânul matern. Acesta provoacă „*satisfacția libidinală sprijinită pe trebuința fiziologică de a fi hrănit*”. K. Abraham distinge două sub-stadii: **stadiul oral primitiv** (de la 0 la 6 luni) marcat de prevalența suptului fără diferențierea corpului propriu și a exteriorului, și **stadiul oral tardiv** sau **faza sadic-orală** (6–12 luni) marcată de dorința de a mușca, de dorința canibalică de încorporare a sânelui. În acest stadiu se dezvoltă ambivalența față de obiect: dorința de a suga, dar și dorința de a mușca obiectul și deci de a-l distruge.

În stadiul oral evoluția **relației de obiect** este caracterizată de trecerea de la narcisismul primar la stadiul analitic de relație cu obiectul parțial.

Stadiul narcisic corespunde stării de non-diferențiere mamă-copil; singurele stări recunoscute sunt starea de tensiune în opoziție cu starea de calm (absența tensiunii). Mama nu este percepută ca obiect extern și nici ca sursă de satisfacție. Puțin câte puțin, prin repetarea experiențelor, în special a experiențelor de gratificare și de frustrare orală, primul obiect parțial, sânul, începe să fie perceput: relația este în acest moment anaclică, în sensul că bebelușul se sprijină pe momentele de satisfacție pentru a forma primele trășături ale obiectului și își percepe, prin intermediul momentelor de frustrare, primele afecte.

Către sfârșitul primului an, mama începe să fie recunoscută în totalitatea sa, fapt ce introduce copilul în domeniul relației de obiect total. Această fază a făcut ulterior obiectul unor numeroase cercetări: stadiul angostei de străin descris de Spitz (v. 4.4.), poziția depresivă descrisă de M. Klein (v. 4.3.). Noțiunea de **sprijinire** dă cont, în opinia lui Freud, de investirea afectivă a sânelui și apoi a mamei: de fapt, investirea afectivă a mamei se sprijină pe experiențele de satisfacție care, la rândul lor, se sprijină pe nevoia fiziologică.

Stadiul anal (al doilea și al treilea an). – Începe o dată cu achiziția controlului sfincterian. Sursa pulsională devine acum mucoasa anorectală, iar obiectul pulsunii este reprezentat de batonul fecal, ale cărui semnificații sunt multiple: obiect excitant al mucoasei, parte a corpului propriu, obiect de tranzație între copil și mamă... K. Abraham distinge din nou două sub-faze: **stadiul sadic-anal**, în care plăcerea autoerogenă o deține expulzia, materiile fecale fiind distruse, și **stadiul de retenție**, în care plăcerea este căutată în retenție, introducând perioada de opoziție față de dorințele părinților.

Stadiul anal conduce copilul către o serie de cupluri dialectice structurante: expulzie—retenție, activitate—pasivitate, supunere—opoziție. În acest stadiu, relația se stabilește cu obiectul total, conform unor modalități ce depind de relațiile stabilite între copil și materiile sale fecale: plăcerea erotică datorată retenției, supunerea și pasivitatea ce se opun plăcerii agresive de a controla, stăpâni și poseda. Cuplul sadism—masochism caracterizează în ansamblu relația de obiect în acest stadiu.

Stadiul falic (de la 3 la 4 ani). — Sursa pulsunii se deplasează către organele genitale, obiectul pulsunii fiind reprezentat de penis atât la băiat cât și la fată. Satisfacția provine din **erotismul uretral** și din **masturbare**. Erotismul uretral reprezintă investirea libidinală a funcției urinare, marcată inițial de „a lăsa să curgă”, iar apoi de cuplul retenție—erecție. Masturbarea, mai întâi legată direct de excitația provocată prin micțiune (masturbare primară) reprezintă ulterior o sursă directă de satisfacție (masturbare secundară). Pornind de la masturbare iau naștere teoriile sexuale infantile.

Fără a intra în detalii, vom cita în mod simplu curiozitatea sexuală infantilă ce conduce la descoperirea celor două sexe, apoi la fantasma **scenei primitive**, în care sexualitatea parentală este adesea trăită în manieră sadică, distructivă, copilul resimțind în același timp un sentiment de abandon. Urmează apoi, în jurul fantamei scenei primitive, teoriile infantile asupra fecundării (orală, micțională, sadică prin sfâșiere) și asupra nașterii (orală, anală sau sadică). *Obiectul pulsunii este penisul*. Nu este vorba despre penis în accepțiunea sa de organ genital, ci despre penis ca organ al puterii, al împlinirii narcisice: de unde și diferența dintre organ-penis și fantasmă-falus, obiect mitic al puterii și al

potenței. Acest obiect introduce copilul în dimensiunea fie a angoasei de castrare (băiat), fie a angoasei de lipsă (fată): negarea castrării având ca scop, pentru fiecare dintre sexe, protejarea copilului împotriva conștientizării acestui lucru.

„**Complexul oedipian**“ (5–6 ani). — Obiectul pulsivității nu mai este doar penisul, ci partenerul privilegiat din cuplul parental; sursa pulsivității rămânând excitația sexuală căutată în posesia acestui partener. Intrarea în acest stadiu oedipian este marcată de recunoașterea angoasei de castrare, fapt ce îl conduce pe băiat la teama de a-și pierde penisul, iar pe fată la dorința de a dobândi unul.

— FOARTE SCHEMATIC la băiat:

- mama devine obiectul pulsivității sexuale. Pentru a o cuceri, băiatul își va desfășura toate resursele libidinale, dar și pe cele agresive. În absența unei posesii reale, copilul va căuta să obțină iubirea și stima ei, de unde diferențele sublimării;
- tatăl devine obiect de rivalitate sau de amenințare, dar în același timp și obiect de imitație pentru a-și însuși puterea. Această însușire se face prin intermediul competiției agresive, dar și prin dorința de a place tatălui, în cadrul unei poziții homosexuale pasive (oedipul inversat).

— LA FATĂ: — Decepția de a nu fi primit un penis de la mamă o face să se îndepărteze de aceasta și în consecință să schimbe obiectul libidinal. Această schimbare a obiectului libidinal o conduce pe fetiță către un nou scop: să obțină de la tată ceea ce mama i-a refuzat. Astfel, în vreme ce fetița renunță la penis, ea caută să obțină de la tată o despăgubire sub forma unui copil: *renunțarea la penis nu se înfăptuiește decât după o tentativă de despăgubire: să obțină drept cadou de la tată un copil, să îi aducă pe lume un copil.*

În raport cu mama, fetița dezvoltă o ură geloasă, foarte încălcată de vinovăție, cu atât mai mult cu cât mama rămâne o sursă deloc neglijabilă a unei părți importante din satisfacțiile pulsionale pregenitale.

— DECLINUL COMPLEXULUI OEDIP este marcat de renunțarea progresivă la posedarea obiectului libidinal sub presiunea angoasei de castrare la băiat și a temerii de a o pierde pe mamă în cazul fetiței. Deplasarea identificărilor și sublimările permit energiei libidinale să găsească alte obiecte de satisfacție, în special prin socializarea progresivă și investirea proceselor intelectuale.

Perioada de latență și adolescența. — Acestea nu au fost direct studiate de Freud. Perioada de latență este considerată simplu ca o perioadă de declin al conflictului oedipian, în vreme ce adolescența, dimpotrivă, ca o reviviscență a aceluiași conflict, marcată însă de accederea deplină la genitalitate.

4.2. — CONTRIBUȚIA ADUSĂ DE ANNA FREUD

În cartea *Normal și patologic la copil*, rod al unei îndelungate experiențe în psihanaliza copiilor, începută încă din 1936, A. Freud avansează două aspecte care acum pot să pară evidente.

Importanța observării directe a copilului pentru a stabili ceea ce ea numește o *psihologie psihanalitică a copilului*. Această observare pune clar în evidență rolul mediului în dezvoltare, fapt ce deosebește psihanaliza aplicată la copil de psihanaliza adulților. Dependența copilului de enturajul său introduce o nouă dimensiune în patologie, mult mai importantă decât la adult, aceea a conflictelor de adaptare și a conflictelor reactive (v. cap. 21, 3.).

Dezvoltarea copilului nu se produce conform unei programări ineluctabile cu o desfășurare regulată. — Dimpotrivă, introducând conceptul de *linii de dezvoltare*, A. Freud arată că procesul de dezvoltare a copilului conține în sine un potențial de distorsiune din cauza inegalităților întotdeauna prezente între aceste linii de dezvoltare. O dezvoltare armonioasă, omogenă, constituie mai mult o referință, o ipoteză utopică decât o realitate clinică. *Dizarmonia* între liniile de dezvoltare devine unul dintre conceptele teoretice ale cărei aplicații clinice sunt printre cele mai importante (v. referitor la acest subiect discuția cu privire la normal și patologic — cap. 2; referitor la patologia funcțiilor cognitive — cap. 9, 3.3.; referitor la frontierele nosografiei — cap. 20.).

4.3. — CONTRIBUȚIA ADUSĂ DE MELANIE KLEIN

Două puncte complementare și fundamentale caracterizează opera Melaniei Klein și concepțiile sale asupra dezvoltării.

Importanța dualismului pulsional. — Pulsione de viață–pulsione de moarte, de unde și prevalența conflictelor interne în raport cu conflictele de mediu sau de adaptare (acestea din urmă fiind aproape ignorate de M. Klein).

Precocitatea acestui dualism pulsional. — Acesta există încă de la naștere, prealabil oricărei experiențe trăite, și organizează deja primele stadii ale psihismului bebelușului: Eul arhaic, Supraeul arhaic explicând conflictualizarea imediată a vieții interne a bebelușului care, încă de la naștere, manipulează rudimente de imagini concepute ca veritabile urme filogenetice.

Pornind de la aceste două postulate, importanța și precocitatea dualismului pulsional, poate fi înțeleasă opera atât de bogată realizată de M. Klein.

Încă de la început operează două mecanisme mentale particulare grație cărora se pot constitui pre-formele aparatului psihic și obiectelor: este vorba despre **introiecție și proiecție**. Cele dintâi experiențe instinctuale, în special cele legate de alimentație, servesc la organizarea acestor operații psihice: 1) experiențele bune, de satisfacție, de gratificare sunt legate de pulsunea libidinală; astfel este introiectat în interiorul bebelușului un afect legat de un fragment din obiectul bun care va servi ca bază în stabilirea primului Eu fragmentat intern al bebelușului; 2) experiențele rele, de frustrare, de neplăcere sunt legate de pulsunea de moarte; ele sunt trăite ca primejdioase și sunt proiectate în exterior. Se constituie astfel o primă unitate fragmentară alcătuită dintr-un afect agresiv și dintr-un fragment al obiectului rău rejectat în exterior, în non-Eu.

Această primă dihotomie dobândește un sens supradeterminat deoarece în jurul său se organizează următoarele noțiuni concomitente: Eu-non-Eu; fragment bun din obiect-fragment rău din obiect; interior-exterior. Totodată, revenirea permanentă a pulsunii de moarte îl constrânge pe bebeluș să își intensifice fără încetare sistemul defensiv proiectând în exterior toate experiențele rele și introiectându-le pe cele bune. Progresiv se vor constitui: 1) un obiect periculos, rău, persecutor aflat în exteriorul bebelușului, de care trebuie să se apere. Acest obiect constituie preforma Supraeului arhaic matern; 2) un obiect bun, idealizat, gratifiant, aflat în interiorul bebelușului, obiect pe care el trebuie să îl protejeze. Acest obiect constituie preforma Eului arhaic. Pentru ca acest travaliu de diferențiere să poată fi operat este însă necesar ca bebelușul să poată tolera frustrările pe care realitatea i le impune în mod necesar. M. Klein consideră că, de la un bebeluș la altul, variațiile acestei toleranțe la frustrare sunt în mare parte de origine ereditară.

Această fază constituie esența **poziției schizo-paranoide**. Ulterior, noi mecanisme mentale vor face mai complexă și mai puțin netă această separare. Este vorba în special de **identificarea proiectivă** (mecanism prin care bebelușul se identifică cu fragmentele de obiect proiectate în exterior), de **clivaj**, de **idealizare**, de **refuz al realității** etc.

În mare, M. Klein situează această fază schizo-paranoidă în primele luni de viață ale copilului; ea este urmată, începând de la 12-18 luni, de **poziția depresivă**.

Poziția depresivă își are originea în dobândirea unei noi posibilități a copilului de a recunoaște, grație experiențelor repetate de îngrijire, unicitatea obiectului bun și rău, unicitatea sânelui bun și a sânelui rău, a mamei bune și a mamei rele. În fața acestei unicități copilul resimte o **angoasă depresivă și o culpabilitate** datorită urii și iubirii pe care o nutrește față de același obiect.

Totuși, dacă experiențele bune predomină în raport cu cele rele, dacă obiectul bun nu este prea amenințat de cel rău, Eul investit de pulsunea libidinală poate

să își accepte și pulsunile distructive. Această acceptare, deși este sursa unei suferințe tranzitorii, permite o atenuare a clivajului și a mecanismelor care îl însoțesc (idealizare, proiecție persecutivă, refuz...) făcând mai realistă percepția obiectului și a Eului copilului. Copilul trece atunci de la o relație de obiect fragmentat (sân bun-sân rău) la o relație de obiect clivat (mamă bună-mamă rea) înainte de a ajunge la o relație de obiect total în care mama apare ca o persoană totală, întregă, față de care copilul nutrește sentimente de ambivalență. Recrudescența angoasei depresive poate provoca o retragere defensivă: acestea sunt **apărările maniacele**. Acceptarea angoasei depresive conduce la sentimente de doliu, de nostalgie, la dorința de reparare, apoi la acceptarea realității. În același timp, grație atenuării mecanismelor din seria psihotică, copilul accede la simbolism și implicit la dezvoltarea gândirii.

4.4. — PSIHANALIZA GENETICĂ: R.A. SPITZ, M. MAHLER

Psihanaliza genetică, ai cărei reprezentanți principali în domeniul dezvoltării copilului sunt doi psihanalști americani, Spitz și M. Mahler, se situează pe linia școlii americane de psihanaliză sau școala *psihologiei Eului* întemeiată de Hartmann. Acest curent distinge în mod clasic două tipuri de procese în perioada de creștere:

— **procesele de maturizare** care se înscriu în patrimoniul ereditar al individului și nu sunt subordonate mediului;

— **procesele de dezvoltare** care depind de evoluția relațiilor obiectale și deci de contribuția anturajului.

Stadiile descrise de acești autori corespund întotdeauna unor epoci în care aceste două tipuri de procese se află în strânsă relație, permițând accederea la un nou tip de funcționare mentală.

R. A. Spitz

Este unul dintre primii psihanalști care a utilizat observarea directă a copilului pentru a repera și apoi a descrie etapele de evoluție psihogenetică a copilului. Astfel, evoluția normală este scandată de ceea ce Spitz numește **organizatori ai psihismului**: aceștia marchează anumite niveluri esențiale de integrare a personalității. În aceste puncte, procesele de maturizare și de dezvoltare se combină unul cu celălalt pentru a forma un aliaj. După ce s-a realizat o astfel de integrare, mecanismul psihic funcționează într-un mod nou și diferit. Spitz subliniază că instituirea unui organizator al psihismului se distinge prin apariția unor noi scheme specifice de comportament pe care el le-a numit indicatori.

În primii doi ani de viață sunt descriși trei mari organizatori

— PRIMUL ORGANIZATOR SPECIFICAT DE APARIȚIA ZÂMBETULUI la figura umană. Începând din a 2-3-a lună de viață bebelușul uman zâmbește atunci când chipul uman îi apare din față. Acest indicator, zâmbetul, vădește instituirea primelor rudimente ale Eului și stabilirea primei relații pre-obiectuale care este încă nediferențiată. Apariția zâmbetului marchează trecerea de la stadiul anobiectual, dominat doar de necesitatea satisfacerii trebuințelor instinctuale interne, la stadiul pre-obiectual, caracterizat de primatul percepției externe: principiul realității începe să funcționeze chiar dacă nu permite încă o discriminare fină a mediului.

— AL DOILEA ORGANIZATOR SPECIFICAT DE APARIȚIA REACȚIEI DE ANGOASĂ LA VEDEREA FIGURII UNUI STRĂIN apare către vârsta de 8 luni (este numită adesea și angoasa din luna a opta). Acest al doilea organizator reflectă integrarea progresivă a Eului bebelușului (grație urmelor mnemice acumulate) și noua lui capacitate de a distinge un Eu și un non-Eu. De asemenea, angoasa din luna a opta dovedește diviziunea între mamă și non-mamă, altfel spus ea caracterizează stabilirea relației cu primul obiect libidinal, mama, concomitent cu amenințarea de a pierde această relație. De fapt, figura străinului, prin decalajul pe care îl introduce în aparatul perceptiv al bebelușului, stârnește sentimentul absenței chipului matern și suscită angoasa.

Copilul accede astfel la stadiul obiectual și la stabilirea de relații cu obiecte diferite. Discriminarea mediului se rafinează pornind de la conduitele de imitație și de identificare cu obiectul matern.

— AL TREILEA ORGANIZATOR SPECIFICAT DE APARIȚIA LUI „NU” (gest sau cuvânt) în cursul celui de-al doilea an de viață. Apariția lui „nu” are la bază urmele filogenetice și ontogenetice inițiate de reflexul de căutare (*rooting reflex*²) și de reflexul punctelor cardinale, ambele fiind reflexe cefalogice de orientare a copilului către mamelonul sânelui, urmate apoi de reacția de clătinare a capului în semn de refuz (spre exemplu refuzul biberonului). În opinia lui Spitz, accederea la „nu” îi permite copilului accesul la o distincție completă între el și obiectul matern (stadiul recunoașterii de sine) și, în consecință, să intre în câmpul relațiilor sociale. În același timp, „nu” constituie prima achiziție conceptuală pur arbitrară a copilului: acest fapt caracterizează accederea la universul simbolurilor și la noua capacitate de **utilizare a simbolurilor**.

Pornind de la aceste studii asupra dezvoltării normale, Spitz a reperat o serie de distorsiuni patologice proprii anumitor situații traumatiche. Se cunoaște succesul studiilor sale asupra hospitalismului (v. cap. 18, 1.3. și cap. 22, 1.2.) și asupra patologiei psihosomatice a sugarului (v. cap. 19).

² În limba engleză în text (n.t.)

Margaret Mahler

A studiat copilul în interacțiunea sa cu mama și a observat progresele acestuia în individurare. Studiind calea către această autonomie, M. Mahler a fost condusă la descrierea mai multor faze.

Faza simbiotică în cursul căreia copilul se află în situația de dependență absolută de mama sa: este vorba despre o fuziune psihosomatică ce oferă bebelușului iluzia atotputerniciei și a omnipotenței. Această fază se împarte, în opinia autoarei, într-o primă perioadă, ce durează câteva săptămâni, de „autism primar normal” (corespondent al stadiului narcisic primar descris de Freud) și o a doua perioadă „simbiotică propriu zis” (de la 3 la 10 luni), în cursul căreia bebelușul începe să perceapă treptat originea externă a surselor de gratificare.

Faza de separare-individuare. — Începe în jurul vârstei de 8-10 luni și durează până la 2½-3 ani. Este marcată inițial de o primă deplasare parțială a investiției libidinale, între 10 și 18 luni, la o epocă în care progresele motricității (datorate procesului de maturizare) conduc copilul către o extindere în afara sferei simbiotice. De altfel M. Mahler utilizează termenul de „ecloziune”. Printr-o a doua deplasare mai masivă a investițiilor, copilul retrage o mare parte a investițiilor din sfera simbiotică pentru a le fixa asupra „*aparaturilor autonome ale selui și a funcțiilor Eului: locomoție, percepție, învățare*”. Totuși există o lungă etapă de tranziție caracterizată de aspectul fluctuant și nesigur ce separă accederea la noțiunea de permanență a obiectului în sens piagetian (noțiune dobândită în mare parte, în opinia autoarei, grație investiției aparatelor autonome ale selui și a funcțiilor Eului) de accederea la noțiunea de permanență a obiectului libidinal. Permanența obiectului libidinal înseamnă că imaginea maternă este intrapsihic disponibilă copilului, oferindu-i susținere și siguranță, adică a dobândit o bună imagine a obiectului intern, stabilă și sigură. Acest decalaj dintre noțiunea de obiect permanent în accepțiunea piagetiană (dobândit în jurul vârstei de 8-10 luni) și vicisitudinile permanenței obiectului libidinal (care nu este dobândită înainte de 2½ ani) explică întârzierile frecvente în procesul de individurare, marcat în special de perioade de **reapropiere**, în momentele în care copilul se teme că ar putea să piardă obiectul libidinal intern. Acest fapt se observă în special atunci când copilul dezvoltă o ambivalență deosebit de puternică față de obiectul său libidinal, și explică numeroasele regresii observate în cursul procesului de individurare.

Pornind de la această teorie genetică centrată în jurul procesului de individurare M. Mahler a descris eșecurile sau blocajele acestuia ajungând la ipotezele patologiei psihozelor precoce: psihoza autistă, psihoza simbiotică (v. cap. 16, 4.5.). Anumiți autori au apropiat și perturbările observate la adolescență de reactivarea conflictelor inerente procesului de separare-individuare.

4.5. — MARGINALITATEA LUI D. W. WINNICOTT

Winnicott, psihanalist englez cu formare pediatrică, a ocupat întotdeauna un loc original în domeniul psihanalizei copilului. Preocupat mai puțin de plasarea unor repere cronologice în dezvoltare, el a avansat o serie de propuneri care, la rândul lor, se lasă cu greu conceptualizate într-o manieră dogmatică. Rod al practicii sale, aceste ipoteze corespund mai degrabă, așa cum spunea M. R. Khan, unor „fiecțiuni reglatoare”.

La început, un bebeluș nu poate exista fără mama sa, potențialul său înăscut nepunându-se desăfășura decât asociat cu îngrijirile materne. Mama unui nou-născut este cuprinsă inițial de ceea ce Winnicott numea o maladie normală, anume **preocuparea maternă primară**. Această preocupare maternă primară conferă mamei capacitatea de a se pune în locul copilului său și de a răspunde astfel nevoilor sale: grație acestei adevărate timpurii, bebelușul nu resimte deloc amenințarea anihilării și își poate investi fără primejdie *sefșul*. De partea mamei, **preocuparea maternă primară** se dezvoltă treptat în timpul sarcinii, durează câteva săptămâni după naștere și se stinge progresiv. Această stare poate fi comparată, în opinia lui Winnicott, cu o stare de repleere, de disociere sau chiar cu o stare schizoidă. Ulterior, mama se vindecă de această stare și o uită, acceptând că o stare schizoidă. Pentru copilul său: ea devine pur și simplu o mamă **suficient de bună**, adică o mamă care poate face greșeli uneori, dar acestora nu denăsc nicio dată ceea ce copilul său poate trăi.

Atunci când mama nu se poate lăsa în mod spontan cuprinsă de starea de *preocupare maternă primară*, riscă să se comporte ca o **mamă terapeu**t, incapabilă să satisfacă nevoile precocisme ale bebelușului său, împiedînd apoi în mod constant spațiul acestuia, îngoasată și vinovată de eșecul său inițial. Ea își vindecă copilul în loc să îi permită să aibă propriile lui experiențe.

Winnicott distinge în cadrul funcției materne trei roluri pe care le-a numit *holding*, *handling* și *object-presenting*³. „**Holding**” corespunde susținerii, menținerii copilului, nu numai fizic ci și psihic, copilul fiind inițial inclus în funcționarea psihică a mamei. „**Handling**” corespunde manipularilor corpului: îngrijirile legate de toaletă, de îmbrăcare, dar și mângăierile, schimburile cutanate multiple. În fine, „**object-presenting**” definește capacitatea mamei de a pune la dispoziția bebelușului său obiectul exact în momentul în care acesta are nevoie de el, nici prea devreme nici prea târziu, astfel încât copilul are sentimentul că obiectul lui privează copilul de posibilitatea de a face experiențanevoii, apoi a atotputernic de a fi creat în mod magic acel obiect. Prezentarea prea timpurie a obiectului privează copilul de posibilitatea de a face experiențanevoii, apoi a atotputernic de a fi creat în mod magic acel obiect. Prezentarea prea timpurie a

4.6. — TENDINTE RECENTE

Continuatorii Annei Freud

Chiar dacă disputa dintre M. Klein și A. Freud s-a atenuat mult, impulsul dat de aceste două conducătoare de Școală persistă prin lucrările continuatorilor lor. În cadrul *Hampstead Clinic*, Joffe, Sandler și Bolland duc mai departe operele Annei Freud.

Pomind de la o ilustrare clinică (*Psihanaliza unui copil de doi ani*, PUF, Paris, 1973), Bolland și Sandler au încercat să stabilească un index analitic, care să permită mai buna reperare și codificare a investigaării psihanalitice a unui

³ În limba engleză în text (n. t.).

copil. Joffe J. și A. M. Sandler sunt preocupați să distingă în dezvoltarea precoce a copilului, pe de-o parte, complexe psihopatologice structurante (poziția depresivă, evoluția relației de obiect), iar pe de altă parte, primele experiențe afective de bază, luând în considerare atât contribuțiile mediului cât și structura precece a aparatului psihic. Pentru J. și A. M. Sandler, stabilirea de relații reprezintă o căutare a relației primare cu un obiect bun care nu este altceva decât „încercarea de a menține relații apropiate, plăcute și fericite cu propria stare afectivă «bună» de bază, cu o constelație caracterizată de plăcere, de bunăstare și de sentimente de securitate”. În același timp, copilul încearcă să facă să „dispară”, în opinia autorilor, celălalt obiect afectiv primar, cel de care se leagă neplăcerea și durerea. Aceste două stări afective de bază organizează și dirijează stabilirea diverselor relații de obiect și, în consecință, structura psihismului copilului și apoi a adultului. În viziunea acestor autori, este importantă distingerea între expresia clinică a unei conduite și starea afectivă de bază cu care această conduită se articulează: astfel, la copil, este de dorit să fie separate depresia, individualizarea și suferința care fac trimitere la serii semnificative diferite (v. cap. 18, 1.).

Continuatorul Melaniei Klein: W. Bion

W. Bion este un psihanalist englez care a aprofundat primele stadii de organizare a gândirii prelungind astfel teoriile kleinienne. Totodată, ipotezele lui Bion au la bază travaliul său analitic cu pacienți adulți profund regresați și nu observarea directă a copilului. Bion a ajuns să elaboreze o teorie a *aparatului de gândire a gândurilor* care, la origine, are drept scop descărcarea psihismului de excesul de stimuli care îl copleșește. Pentru Bion gândurile primitive se referă la impresiile senzoriale sau la trăirile emoționale foarte primitive și de calitate rea: proto-gândurile nu sunt altceva decât obiecte rele de care bebelușul trebuie să se elibereze. Gândirea își are originea în stabilirea unei corespondențe între o preconcepție (spre exemplu preconcepția sânelui real) și o frustrare. Toleranța la frustrare constituie, pentru Bion, un factor fundamental în determinarea capacității de a forma gânduri: atunci când toleranța este suficientă, bebelușul utilizează mecanisme care tind să modifice experiența și conduc la producerea de elemente α . În absența toleranței la frustrare, bebelușul nu are altă cale decât să se sustragă experienței prin expulzarea elementelor β (lucruri în sine). „Elementele α ” sunt impresiile senzoriale și trăirile emoționale primitive (într-un alt tip de formulare le-am putea numi afecte de bază: Sandler, Joffe); ele servesc la formarea gândurilor onirice, a gândirii inconștiente, a viselor și amintirilor. „Elementele β ”, în schimb, nu servesc pentru a gândi; ele constituie „lucruri în sine” și trebuie expulzate prin identificare proiectivă. În ceea ce privește *aparatul de gândire a gândurilor*, acesta se organizează în jurul a două

concepte punând în relație, legat de primul, noțiunile de conținut-conținător, legat de al doilea relația dinamică dintre poziția schizo-paranoidă și poziția depresivă (PSD). Mama funcționează ca un conținător pentru senzațiile bebelușului, iar *capacitatea de reverie* îi permite să primească proiecțiile-nevoi ale copilului și să le dea un sens. În ceea ce privește poziția depresivă, aceasta permite reintegrarea în psihismul copilului a elementelor disociate și fragmentate din faza precedentă.

Bion prelungește astfel în manieră interesantă formulările teoretice introduse de M. Klein, centrându-se în special pe organizarea gândirii, domeniu puțin explorat dincolo de abordarea proceselor primare și a proceselor secundare, cu care rămâne dificilă avansarea unei comparații.

5. — INTERACȚIUNEA

Vom regrupa în acest ultim paragraf studiile din ce în ce mai numeroase în care „interacțiunea” dintre parteneri este luată în considerare în cadrul observației. De data aceasta nu mai este vorba de descrierea fie a performanțelor sau patologiei unui bebeluș sau a unui copil, fie a psihopatologiei unui adult (în general mama), ci de analiza tipului de raport care îi unește pe cei doi parteneri și a modului în care acest raport structurează viața psihică a unuia și a celuilalt. Primele studii asupra „interacțiunii” provin din două domenii diferite:

— abordarea numită „sistemică”, al cărei obiectiv inițial era înțelegerea și apoi tratarea patologiei unui pacient în cadrul familiei sale (v. mai departe);

— studiile asupra relațiilor dintre mamă și bebelușul său.

Am rezumat deja succint principiile teoriilor sistemice. Ne vom centra atenția asupra interacțiunilor dintre bebeluș și mama lui.

De mai mulți ani toate studiile și observațiile asupra bebelușului și chiar a nou-născutului arată că acesta din urmă nu mai poate fi considerat ca un organism pasiv, inert, un fel de „pastă moale” lăsată în voia îngrijirilor materne, ci dimpotrivă, că este un partener de sine stătător în relație, capabil să orienteze și să influențeze. Asta a condus la noțiunea că bebelușul este în mod cert o ființă vulnerabilă, dar și un partener dotat cu o competență evidentă. Aceste două noțiuni în conjuncție, aceea de vulnerabilitate și aceea de competență, ghidează studiile recente asupra interacțiunilor dintre bebeluș și mediul său (v. partea 4-a a acestei lucrări).

5.1. — COMPETENȚA

Acest termen, apărut recent în studiile psihologice asupra bebelușului, desemnează capacitatea activă a acestuia de a-și utiliza aptitudinile senzoriale și motorii pentru a acționa sau a încerca să acționeze asupra mediului său: „Bebeluşul se naşte cu mijloace excelente pentru a-și semnala nevoile și recunoaștința față de entitățile sale: de fapt, el poate chiar să aleagă ceea ce așteaptă de la părinți sau să respingă ceea ce nu vrea prin mijloace atât de puternice încât, în loc să fie perceput ca o bucată de lut ce trebuie modelat, eu îl consider o ființă cu o foarte mare forță” (Brazelton). Bruner propune clasificarea formelor pe care le prezintă primul tip de competență în „(1) forme reglatoare ale interacțiunilor cu alți membri din aceeași specie, pe de-o parte, și (2) forme implicate în stăpânirea obiectelor, a mijloacelor și a secvențelor de evenimente cu organizare spațială și temporală, pe de altă parte”.

Al doilea tip de competență a făcut obiectul multor studii în special grafie magnetoscoapelor și înregistrărilor cinematografice a căror importanță în acest domeniu este de neînlocuit. Aceste studii, inspirate cel mai adesea din metodologia utilizată în etologie, dezvoltă multiple „competențe” ale nou-născutului sau ale bebelușului. Putem cita ca titlu de exemplu (nu putem avea pretenția ca în acest simplu paragraf de introducere să prezentăm complet un domeniu atât de vast și aflat în explorare continuă):

- *vedere*: capacitatea nou-născutului de a urmări cu privirea un obiect de culoare vie, de a fixa o formă structurată (figura umană, cercuri concentrice...) un timp mai îndelungat decât stimulii cu o culoare uniformă;
 - *auzul*: capacitatea nou-născutului de a reacționa la sunete pure, dar mai ales preferința pe care o arată față de sunetele umane, în special vocea mamei, inhibând parțial restul motricității sale;
 - *mirosul*: capacitatea de discriminare olfactivă care permite distingerea mirosului mamei, preferința pentru mirosul laptelui comparativ cu apa îndulcită;
 - *gustul*: capacitatea de a discrimina și de a prefera laptele matern comparativ cu laptele „maternizat”;
 - *motricitatea*: capacitatea de a imita de foarte timpuriu anumite mimici (încă din a treia săptămână: scoate limba, deschide gura...), de a întinde mâna către obiectul-țintă și de a schița comportamente de prehensiune complexă etc.
- Există însă diferențe individuale extrem de importante de la un bebeluş la altul în privința gradului lor de activitate motorie, de reactivitate la stimuli, de competență în discriminarea semnalelor primite, și în special în ceea ce privește

capacitatea de excitabilitate sau de calmare („iritabilitatea” și „consolabilitatea”), capacități diferențiale ce stau la baza scalelor de evaluare (v. cap. 3.3.).

În același timp, toți autorii sunt de acord cu privire la recunoașterea importanței schimbărilor afective și sociale ce înconjoară și condiționează dezvoltarea acestor diferite competențe. Vom adăuga aici și prima formă de competență descrisă de Bruner, cea care joacă un rol reglator în interacțiunile umane. De fapt, „pentru ca bebeluşul să poată urma progresia dezvoltării competențelor, trebuie să-i fie asigurate raporturi sociale adecvate, tipul de susținere difuză, afectivă, dar atât de vitală, fără de care nu ar putea avansa” (Bruner).

5.2. — INTERACȚIUNEA OBSERVATĂ

Puntea de legătură dintre competență în raport cu obiectele, așa cum am descris-o succint, și competența interactivă, altfel spus capacitatea bebelușului de a participa activ la o interacțiune socială, poate fi regăsită în conceptul de „zonă proximală de dezvoltare” introdus de Vîgotsky: această zonă este „distanța dintre nivelul de dezvoltare actual așa cum poate el fi determinat prin intermediul modului în care copilul rezolvă singur problemele, și nivelul de dezvoltare potențial, așa cum poate fi determinat prin intermediul modului în care copilul rezolvă problemele dacă este asistat de adult sau colaborează cu alți copii mai avansați”. Am văzut într-unul din capitolele precedente (v. 2.2.) un excelent exemplu al acestei zone proximale de dezvoltare legat de gestul de „a arăta cu degetul” și modul în care înțelegerea anticipată a mamei dă un sens gestului copilului, sens ce organizează în mod secundar simbolizarea acestui gest. În această „zonă proximală de dezvoltare” se poate exercita competența bebelușului și competența mamei, creând un efect de întărire mutuală când se asociază unul cu celălalt, sau dezorganizând comportamentul unuia sau altuia atunci când nu poate fi găsit „acordajul” (D. Stern): „pe măsură ce partenerii simt că își pot controla mutual starea de atenție, învață să se cunoască și să se influențeze rezultând un fel de reciprocitate sau de interacțiune afectivă” (Brazelton). Această interacțiune comportamentală era deja descrisă în anumite domenii, cum ar fi tonicitatea, prin intermediul noțiunii de „dialog tonic” între mamă și bebeluş: maniera în care mama ține bebeluşul, îl aşază pentru alăptare etc. (J. de Ajuriaguerra). Mai recent, accentul a fost pus (Brazelton, Stern, de Ajuriaguerra, Casati) pe natura ciclică a acestei interacțiuni, în special în cursul stărilor de vigilență, de atenție și de retragere. Această ritmicitate, în mod primitiv afilată în serviciul controlului și menținerii stărilor fiziologice interne, permite progresiv bebeluşului „să încorporeze serii de mesaje mai complexe, iar apoi să realizeze că ceea ce încorporează face parte din propriul său repertoriu”. În opoziție,

absența sau excesul de răspuns din partea partenerului crește considerabil perioadele de retragere și merge până la dezorganizarea conduitei bebelușului: excesul de stimulare provoacă retragerea, fenomen ce poate fi observat foarte bine la bebelușii vulnerabili, cum sunt spre exemplu cei prematuri (v. cap. 25, 2.), iar absența răspunsului matern (mama păstrează timp de 2-3 minute o figură impasibilă în fața bebelușului) provoacă o mare dezorganizare și o retragere majoră a bebelușului.

Dacă în ceea ce-l privește pe bebeluș interacțiunea se caracterizează prin competența și capacitatea sa de „acordaj” sau de modelaj după conduitele materne, în ceea ce privește mama interacțiunea se caracterizează prin capacitatea ei de a „culege” din conduitele bebelușului secvențe preferențiale cărora le conferă sens prin anticipare. „Atunci când acest sistem de reciprocitate funcționează bine, el furnizează copilului informațiile necesare pentru a-și continua dezvoltarea. De fiecare dată când face o nouă achiziție, el primește un răspuns retroactiv din partea anturajului ce are efectul de a-l realimenta interior” (Brazelton). Această capacitate a mamei de a da o semnificație prin anticiparea conduitei bebelușului, capacitate apropiată de iluzia anticipatoare (Diatkine), depinde în mare măsură de poziția preconstientă și inconștientă pe care mama o conferă bebelușului său, nu numai bebelușului viu pe care îl ține în brațe, ci și bebelușului fantasmatic din imaginarul său. Acest fapt ne conduce la așa-numita interacțiune „fantasmatică”.

5.3. — INTERACȚIUNEA FANTASMATICĂ

O serie de autori (Cramer, Kreisler, Lebovici) au încercat să facă o sinteză între multiplele date rezultate din observarea interacțiunilor mamă-copil și teoria psihanalitică. O astfel de încercare reduce în discuție problema trecerii de la câmpul observației interpersonale la domeniul analizei determinanților intrapsihici. Adepții teoriei sistemice refuză un astfel de salt teoretic lăsând în mod deliberat în umbră conținutul „cutiei negre”. În mod contrar, unii terapeuți de familie utilizează uneori concepte psihanalitice fără o reelaborare riguroasă în scopul înțelegerii relațiilor interindividuale, printr-o glisare teoretică a cărei validitate teoretică poate fi considerată ca îndoielnică. Servindu-se de noțiunea de „interacțiune fantasmatică”, S. Lebovici propune un model de înțelegere ce ține cont simultan de observațiile directe asupra interacțiunii mamă-copil și de țesătura fantasmatică intrapsihică ce subîntinde, organizează și dă sens acestei interacțiuni. În opinia lui Lebovici, „având în vedere că bebelușul constituie o figură a imaginilor parentale, deoarece obiectele interne create de copil sunt modulate de

acestea și deci de producțiile fantasmaticale ale mamei, se pot remarca toate elementele a ceea ce noi am descris sub denumirea de interacțiuni fantasmatică”. Kreisler și Cramer definesc „interacțiunea fantasmatică” prin „caracteristicile investiturilor reciproce dintre mamă și copil: ce reprezintă copilul pentru mamă și invers?, ce reprezintă oralitatea? etc.”. Este necesar ca observatorul să fie conștient că în interacțiunea mamă-copil interferează mai mulți bebeluși: **bebelușul real** – **bebelușul fantasmatic** – **bebelușul imaginar**, iar aceste interferențe pot facilita sau împiedica potrivirea dintre mamă și bebeluș. **Copilul fantasmatic** corespunde copilului dorinței de maternitate; el izvorăște direct din conflictele libidinale și narcisice ale mamei, adică este legat de conflictul oedipian al mamei. **Copilul imaginar** este copilul dorit; el se înscrie în problematica de cuplu ce este subîntinsă de viața fantasmatică a mamei și a tatălui. **Copilul realității** materiale este, în cele din urmă, cel care interacționează concret, cu bagajul său genetic și competențele sale particulare întotdeauna susceptibile să intre în rezonanță cu fantasmatica maternă: această rezonanță poate împlini dorințele sau dimpotrivă să confirme temerile fantasmatiche și, „făcând asta”, mama va da un sens precis conduitei bebelușului, iar apoi va răspunde acestor conduite în funcție de acest presupus sens, răspunsuri care, într-un timp secund, structurează la rândul lor comportamentul bebelușului. Prin intermediul acestui „așa-făcând interactiv” se organizează viața fantasmatică a mamei și a bebelușului: interacțiunile precoce mobilizează fantasmele materne care, la rândul lor, contribuie la dezvoltarea epigenetică a vieții fantasmatiche a bebelușului.

Studiul raporturilor dintre această „fantasmă a bebelușului”, acest „bebeluș imaginar” și ceea ce suscită comportamentele bebelușului real, permite o evaluare a potențialului evolutiv al interacțiunii mamă-copil. Atunci când aceste raporturi satisfac dorințele, liniștește spaimile, interacțiunea are toate șansele de a-i îmbogăți și stimula pe ambii parteneri. Atunci când confirmă spaimile sau generează decepții, interacțiunile riscă să se blocheze în conduite repetitive din ce în ce mai patologice. În fine, atunci când aceste raporturi nu se pot institui, poate să apară riscul unei investiții parțiale sau dereale a copilului.

Această observație teoretică nu este lipsită de importanță având în vedere că se află în legătură directă cu practica terapilor „mamă-bebeluș” în cadrul cărora rolul terapeutului este tocmai acela „de a da un sens comportamentului pe care îl observă, să spună acest lucru, să îl enunțe: revelând astfel conținutul. Totul se petrece ca și cum ar vorbi către preconstientul mamei și către ceea ce se va lega între sistemul primar și sistemul secundar al bebelușului” (v. Terapia mamă-copil, cap. 29, 3.).

6. — MODELE EXPERIMENTALE

Poate să pară surprinzătoare sau chiar deplasată utilizarea expresiei „modele experimentale” într-o lucrare consacrată psihopatologiei copilului. Totuși, viziunea etologică asupra bebelușului a permis treptat o descriere a domeniului competențelor sale, în special datorită modelului experimental al obișnuirii (v. 3.3.). Această nouă viziune — oricare ar fi, în altă ordine de idei, criticile adresabile în materie de etică — a permis probabil alcătuirea unor paradigme experimentale evocate aici pe scurt. De fapt, în „experimentele” propuse, nu mai este vorba despre evaluarea competenței în dezvoltare a unui copil sau capacitatea sa de a rezolva o problemă logică. Obiectul „manipulării” experimentale se situează totmai în mijlocul interacțiunii și implică partenerul din diadă.

Trei modele ni s-au părut îndeosebi pertinente deoarece fiecare se referă la câte o axă esențială a psihopatologiei: anxietatea, depresia și psihoza.

Fiind vorba despre „modele”, acestea constituie instrumente ale gândirii și nu explicații cauzale. Cititorul poate și trebuie să-și exercite spiritul critic, să compare aceste modele cu cazurile clinice pe care le cunoaște și eventual să se angajeze într-o reflecție aprofundată.

Vom descrie succesiv:

- paradigma străinului: modelul relației anxioase;
- paradigma figurii impasibile și interacțiunea decalată: modelul interacțiunii mamă deprimată-bebeluș;
- paradigma atribuirii de convingeri false: modelul diferențierii convingerilor, a psihismelor și deci al psihozei.

6.1. — PARADIGMA STRĂINULUI

Plasată în perspectiva lucrărilor lui Bowlby și descrisă de M. Ainsworth și col. (1969, 1978), „paradigma străinului” a fost concepută inițial pentru copiii în vârstă de 12 luni, împreună cu figura de atașament (în general mama). Protocolul experimental constă în observarea reacțiilor copilului la separarea de figura de atașament, în condiții pe cât posibil controlate. În încăperea în care se desfășoară experimentul, pe lângă jucăriile obișnuite, se află mama (sau o figură de atașament cunoscută), copilul și o persoană adultă necunoscută. Într-o serie de opt secvențe de câte 3 minute, protocolul face să varieze sosirea copilului și a mamei, apoi plecarea mamei, întoarcerea mamei, plecarea persoanei străine, plecarea mamei, întoarcerea persoanei străine, întoarcerea mamei (pentru o descriere completă și detaliată a paradigmei străinului, vezi: Pierrehumbert B., 1992).

În funcție de reacțiile copilului, au fost puse la punct sisteme de codare, distingându-se inițial trei tipuri principale de atașament care, pe măsură ce au devenit mai complexe, au fost împărțite ulterior în mai multe sub-tipuri și totodată a mai fost descris un al patrulea tip.

Sunt descrise următoarele modele de atașament:

- **tipul A:** atașament „evitant” („insecure-avoidants”⁴): se observă o evitare a figurii de atașament (când aceasta se întoarce în încăperea); nu este căutat contactul, dar nici nu este refuzat;
- **tipul B:** atașament „încrêzător” („secure-attached”): este căutat contactul la întoarcerea figurii de atașament, fără ambivalență. Contactul la distanță (privirea) poate fi suficient;
- **tipul C:** atașament „ambivalent” („insecure-ambivalent”): este căutat contactul, dar în același timp pare evitat. Copilul poate să protesteze când este luat în brațe de mamă și să protesteze și când este lăsat jos. În cazul acestui tip C de atașament vorbim despre atașament anxios;
- **tipul D:** (descriș în 1985) atașament „confuz-dezorganizat” („insecure-disorganized/disoriented”): în care domină posturile de aprehensiune, de confuzie, chiar de depresie a copilului.

În 1978, M. Ainsworth, într-un studiu efectuat asupra copiilor americani din clasa mijlocie, a găsit o proporție de 66% de tipul B „încrêzător”, 22% de tipul A „evitant” și 12% de tipul C „ambivalent”, procentaje ce se regăsesc aproximativ la fel în numeroase alte studii. Foarte rapid, chestiunea centrală a devenit aceea a stabilității modelului de atașament în cursul creșterii: studiile actuale par să fie orientate în acest sens, pe o durată de cinci ani (de la vârsta de un an la șase ani) (M. Main, 1988).

Legătura dintre trăsăturile de personalitate ale mamei (temperament) și tipul de atașament pare foarte puternică.

Din aceste cercetări, consecutive primelor publicații ale lui J. Bowlby, s-a născut treptat conceptul de „model intern operant”, centrat pe atașament, în care este reprezentată calitatea legăturii de atașament atât din partea mamei cât și a copilului, emergența anxietății în urma rupturii temporare a acestei legături și capacitatea de liniștire și restabilirea legăturii.

Designul, acest model experimental nu este lipsit de critici. Spre exemplu, el presupune un nivel de tensiune comparabilă la toți copiii (B. Pierrehumbert, 1992). Dar reprezintă un model foarte pertinent și ridică problema legăturii dintre angoasa de separare numită caracteristică dezvoltării și angoasa de separare considerată patologică (v. cap. 17, 1.2.).

⁴ Fiecare model de atașament are alăturată în paranteze denumirea originală, în limba engleză. (n. t.)

6.2. — PARADIGMA FIGURII IMPASIBILE ȘI INTERACȚIUNEA DECALATĂ

În 1978, E. Tronick și col. au descris reacția particulară a unui bebeluș (cu vârsta între 1 și 4 luni) plasat în fața mamei sale căreia i s-a cerut să păstreze o figură impasibilă și să nu răspundă solicitărilor interactive ale copilului. Rapid, după circa douăzeci de secunde în cursul cărora o solicită pe mamă ca de obicei, comportamentul copilului se modifică: ia un aer serios, se agită, privește dearte sau întoarce privirea. Trăsăturile feței, în special gura, iau alură descendentă, iar chipul, capul pare să exprime descurajare. Expresiile faciale devin tot mai rare, dând feței un aspect „serios”, și treptat se retrage complet din interacțiune. Își sugde degetele, își leagă capul, accentuându-și retragerea.

Clinicienii s-au folosit foarte prompt de această situație experimentală, pentru a face din ea un model teoretic al interacțiunii mamă deprimată-bebeluș. Această apropiere poate să pară exagerată sub anumite aspecte, dar nu este mai puțin adevărat că anumite mame deprimare au o mobilitate redusă a feței, interacționând puțin sau chiar deloc.

Modelul figurii impasibile arată, în mod evident, că fața mamei constituie un suport afectiv indispensabil pentru bebeluș. Într-un fel, constituie o demonstrație experimentală a ideii lui Winnicott: chipul mamei este pentru bebeluș prima oglindă a propriului chip.

Mai recent, L. Murray și C. Trevarthen (1985) au studiat efectele desincronizării interacțiunilor dintre mamă și bebeluș în vârstă de două luni, cu ajutorul unui sistem video special: mama și bebelușul sunt filmați și înregistrați față în față prin ecrane video interpușe. La începutul secvenței, mama și bebelușul se află în direct: se observă interacțiunile obișnuite sub formă de schimburi mimice, de priviri, de cuvinte, de prozodie, prin intermediul a ceea ce D. Stern a descris ca fenomen al acordajului afectiv. Într-un al doilea timp, și în continuarea interacțiunii, bebelușul nu o mai vede pe ecran pe mama lui înregistrată în direct, ci o secvență preînregistrată a mamei.

Deci nu mai este vorba despre o mamă cu o față impasibilă, ci într-o anumită manieră, de o mamă „automată”, inaccesibilă, chiar dacă prezintă o mimică zămbitoare. Gesturile bebelușului se modifică: acesta prezintă o reacție de retragere, pare îngrijorat. Reacția este foarte apropiată de aceea care se observă atunci când mama păstrează o figură impasibilă.

Această interacțiune decalată arată că bebelușul este sensibil nu numai la forma chipului matern și la animația (sau lipsa sa de expresie) acestuia, ci și la calitatea dinamică a mimicii sale, în special a aspectului său „acordat” și a capacității de interacțiune în momentul schimbului. Atunci când mama se află în fața bebelușului, zămbește și produce mimici dar în mod automat (mama

preînregistrată) lipsite de legătură cu interacțiunea prezentă, bebelușul pare dezorientat și se retrage.

Mai mult decât figura impasibilă, modelul experimental al interacțiunii decalate pare să arate că bebelușul este deosebit de sensibil la o mamă prezentă dar „altundeva”, nedisponibilă la interacțiune. Se poate emite ipoteza că acest model nu este lipsit de analogie cu situația unui bebeluș confruntat cu o mamă cuprinsă în mod durabil sau permanent de o stare depresivă care, așa cum spun unele dintre ele, se poartă ca și cum ar fi „altundeva”. Acest model pune foarte bine în scenă unul dintre cele mai importante concepte în interacțiunea mamă-copil: accesibilitatea mamei. Probabil că, pentru bebeluș, primul criteriu de accesibilitate izvorăște din capacitatea de a stabili cu ușurință un acordaj în interacțiunea față în față.

6.3. — ATRIBUIREA DE CONVINGERI FALSE

Modelul experimental al atribuirii unei convingeri false a fost inițial dezvoltat în etologie, în special cu cimpanzei, pentru a răspunde ipotezei unei „teorii a minții” (Theory of Mind³). Etologii Premack și Woodruff (1978) definesc această teorie în modul următor: „spunând că un individ posedă o teorie a minții înțelegem faptul că individul este capabil să atribuie stări mentale sieși și altora [...]. Sistem (ce) poate fi utilizat pentru a face predicții, în special referitor la comportamentele semenilor”.

Ca și în alte situații, modelele experimentale construite în etologie au fost transpuse experimental la copiii mici ce dispuneau sau nu de limbaj. Wellman H. (1990) ridică problema emergenței teoriei mentale la copilul mic. Dacă la copiii în vârstă de trei ani se observă faptul că sunt capabili să înțeleagă și să prezică comportamentele altora în funcție de propria lor cunoaștere și încep să dezvolte un sistem de coerență în succesiunea stărilor mentale, aceștia par să aibă însă dificultăți în atribuirea unei convingeri false.

Paradigma „convingerii false” a devenit rapid modelul pornind de la care se ridică ipoteza unei recunoașteri la altul a unor stări mentale specifice care nu sunt numai diferite de cele proprii, dar și potențial diferite de realitate, așa cum este ea percepută.

Această capacitate de a atribui altuia o anumită cunoaștere, o convingere, o serie de emoții care sunt fundamental diferite de cele ale subiectului și care depind de contextul situațional propriu acestui altul (din punct de vedere psihodinamic, acest fapt este deci fundamental diferit de noțiunile de proiecție,

³ În limba engleză în text. (n. t.)

identificare proiectivă sau introiectivă cu care se fac uneori unele confuzii). Modelul experimental inițial este următorul:

- copilul, subiectul experimentului, este spectator la un fel de teatru de marionete în care sunt prezentate două figurine (A și B), un obiect (O) presupus ca interesant pentru figurine: jucărie, biberon, mâncare sau dulciuri... și două locuri în care sunt așezate sau ascunse (1 și 2);
- cele două figurine se servesc scurt timp de O și apoi se opresc din joc și ascund împreună în 1, obiectul (O);
- figurina B iese din scenă;
- cât este singură, figurina A ia obiectul O din 1 și îl ascunde în 2;
- figurina B reapare.

Apoi copilul este întrebat: „unde va căuta figurina B obiectul O?” (desigur, poate varia sexul, prenumele figurinelor, natura obiectului, ascunzătoarea etc.).

Copiii în vârstă de trei ani sau mai puțin, răspund întotdeauna: în 2. Figurina B va căuta deci obiectul acolo unde ei înșiși știu că este ascuns. Ei par să nu fie capabili să infereze ignoranța în care se află B referitor la deplasarea obiectului O.

Începând de la trei ani și din ce în ce mai mult pe măsură ce crește vârsta, copiii pot să răspundă: în 1. Ei devin deci treptat capabili să infereze **ignoranța** figurinei B referitor la deplasarea obiectului O, și deci **falsa convingere** că O se mai află încă în 1. Începând de la vârsta trei ani, copiii atribuie figurinei B o teorie a minții ce ține cont de experiența proprie lui B și presupun la acesta o „falsă convingere”.

Încă din 1985, Baron-Cohen și col. au constatat că, indiferent de vârsta pe care o au, copiii autiști răspund în general la fel ca și copiii sub trei ani și procedează astfel chiar dacă au făcut achiziția unui limbaj aparent satisfăcător. Treptat, a apărut ipoteza conform căreia copilul autist prezintă o deficiență în capacitatea de a dezvoltă o „teorie a minții” (sau dificultăți în a înțelege reacțiile emoționale ale celuiualt, intenționalitatea, convingerile eronate, tachiările sau umorul... acestuia).

Desigur, ulterior se vor publica rezultate contrastante ce vor arăta eterogenitatea relativă a funcționării cognitive a copiilor autiști (v. C. Hughes, 1994).

Totuși, „teoria minții” și o dată cu ea și modelul falsei convingeri, au permis dezvoltarea a numeroase cercetări într-un domeniu nou și fructuos. În această perspectivă, conceptul de „atenție împărțită”, care la copilul normal se dezvoltă în mod intens între 7/8 luni și 11/12 luni, apare ca fundamental, cu atât mai mult cu cât acesta pare a fi foarte specific speciei umane (indiferent de speciile animale, practic nu apare niciodată atenția împărțită, iar schimburile prin privire sunt foarte rare). Atenția împărțită și apoi indicarea cu degetul (v. 2.2.) apar ca premise necesare dezvoltării satisfăcătoare a unei „teorii a minții” la copilul

mic, situații ce par deficitare la copilul autist („acordajul afectiv” reprezintă oare premisa „atenției împărțite”? Este îndreptățit să ne punem această întrebare).

În concluzie, am prezentat succint trei paradigme experimentale, paradigma străinului, paradigma figurii impasibile sau interacțiunea decalată și paradigma atribuirii unei convingeri false, deoarece ni se pare, cu toate precauțiile de folosire, că reprezintă modele pertinente și stimulante pentru patologia anxioasă, depresivă și autistă a copilului. Desigur, este o mare distanță între aceste modele și clinică, pe de-o parte iar pe de altă parte, nu se pune problema deducerii unor legături de cauzalitate simpliste. Totodată, cunoașterea acestor modele experimentale devine indispensabilă clinicianului.

BIBLIOGRAFIE

- ANSWORTH M., WITTING B.A.: Attachment and exploratory behavior of one-year olds in a strange situation. In: *Determinants of infant behavior*, B.M. Foss, p. 111-136, Vol. 4, Methuen, London, 1969.
- ANSWORTH M.D., BLEHAR M.C., WATERS E., WALL S.: Patterns of attachment. In: *A psychological study of the Strange Situation*, N.J., Hillsdale: Lawrence Erlbaum Ass., 1978.
- AJURIAGUERRA J. de, DIATKINE R., GARCIA-BADARAGO: Psychanalyse et neurobiologie. In: *La psychanalyse d'aujourd'hui*. PUF, Paris, 1956.
- AJURIAGUERRA J. de: Interrelations entre le développement neurologique, la maturation et les structures et fonctions cérébrales. *Mod. Probl. Paediat. Karger*, Basel, 1974, 13: 336-357.
- BARON-COHEN S., LESLIE A., FRITH U.: Does the autistic child have a theory of mind? *Cognitive development*, 1985, 21: 37-40.
- BARON-COHEN S., TAGER-FLUSBERG H., COHEN D.J.: *Understanding other Minds: Perspectives from Autism*. 1 vol., Oxford Med. Publ., 1993.
- BERGERET J. & col.: *Abrégé de psychologie pathologique*. Masson, Paris, 1972.
- BION W.: Théorie de la pensée. *Rev. franç. psych.*, 1964, XXVIII, 1, 75-84.
- BION W.: *Attention et interprétation*. Payot, Paris, 1974.
- BOURGUIGNON A.: Fondements neurobiologiques pour une théorie psychopathologique: un nouveau modèle. *Psychiatrie enfant*, 1981, 24, 2, 445-540.
- BOWLBY J.: *L'attachement*, PUF, Paris, 1978.
- BOWLBY J.: *La séparation: angoisse et colère*, 1 vol, PUF, Paris, 1978.
- BOWLBY J.: *La perte: tristesse et dépression*, 1 vol., PUF, Paris, 1984.
- BRAZELTON T.B., ALS H.: Quatre stades précoces au cours du développement

- de la relation mère-nourisson. *Psychiatrie enfant*, 1981, 24, 2, 397-418.
- BRAZELTON T.B.: Comportement et compétence du nouveau-né. *Psychiatrie enfant*, 1981, 24, 2, 375-396.
- BRUNER J.S.: *Savoir faire, savoir dire*. 1 vol., p. 292, PUF, Paris, 1983.
- COBLINER C.W.: L'école genevoise de psychologie génétique et la psychanalyse: analogie et dissemblance. In: SPITZ R.A.: *De la naissance à la parole. La première année de vie*. PUF, Paris, 1968.
- CONSTANT J.: Initiation aux théories du développement de l'enfant. *Cahier d'informations*. Roche, Paris, 1974.
- COSNIER J.: *Base de l'épigenèse interactionnelle*. *Psy. Enf.* 1984, 27, 1, 107-126.
- COTTEAUX J.: *Les thérapies comportementales*. Masson, Paris, 1979.
- DIATKINE R., SIMON J.: *La psychanalyse précoce*. PUF, Paris, 1972.
- DOLTO F.: *Psychanalyse et pédiatrie* (1936). Ed. de la Parole, ed. a II-a, 1961.
- FREUD A.: *L'enfant dans la psychanalyse*. Gallimard, Paris, 1976.
- FREUD A.: *Le traitement psychanalytique des enfants*. PUF, Paris.
- FREUD A.: *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Gallimard, Paris, 1968.
- FREUD S.: *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (1905). Gallimard, Paris, collection *Idees*, 1962.
- FREUD S.: *Cinq psychanalyses* (1909). PUF, Paris, 1954.
- FREUD S.: *Métapsychologie* (1925). Gallimard, Paris.
- GALIFRET-GRANJON J.N.: *L'évolution des praxis idéomotrice*. Thèse Paris X, 1979.
- GESELL A., ILG F.: *L'enfant de 5 à 10 ans*. PUF, Paris, 1949.
- GESELL A., ILG F., AMES L.B.: *L'adolescent de 10 à 16 ans*. Trad. Lézine I., PUF, Paris, 1959.
- GESELL A., ILG F.: *Le jeune enfant dans la civilisation moderne*. Trad. Lézine I., PUF, Paris, 1961.
- GOLSE B.: *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*. Masson, Paris, 1989, ed. II.
- GOLSE B., BURSSTEIN C.: *Penser, parler, représenter: émergences chez l'enfant*. Masson, Paris, 1990.
- GRINBERG L., DARIO S., TABAK DE BIANCHEDI E.: *Introduction aux idées psychanalytiques de Bion*. Dunod, Paris, 1976.
- HARTMANN H.: *La psychanalyse du Moi et le problème de l'adaptation*. PUF, Paris, 1968.
- HERMANN I.: *L'instinct filial*. Denoël, Paris, 1972.
- HOCHMANN J.: Aspect d'un scientisme: les thérapies comportementales, *Rev. Franç. Psychanal.* 1980, 44, 3-4: 673-690.

- HUGHES C.: Théories cognitives de l'autisme. In: *L'autisme cinquante ans après Kanner*, sous la direction de: Ch. Aussilloux, M.F. Livoir-Petersen, p. 33-42, Erès, 1994.
- INHEDER B., PIAGET J.: *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent*. PUF, Paris, 1955.
- JOUEF F., HENOCQ A.: *Du nouveau-né au nourrisson*. PUF, Paris, 1991.
- KLEIN M.: *La psychanalyse des enfants*. PUF, Paris, 1959.
- KLEIN M., HEIMANN P., ISAACS S., RIVIÈRE J.: *Développement de la psychanalyse*. PUF, Paris, 1966.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B.: *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF, Paris, 1967.
- LEBOVICI S., SOULE M.: *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*. PUF, collection *Le fil rouge*, Paris, 1972.
- LEBOVICI S.: *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*. Le centurion, Paris, 1983.
- LEMOIGNE J.L.: *Intelligence des mécanismes, mécanismes de l'intelligence*. Fayard, Paris, 1986.
- MAIN M., CASSIDY J.: Categories of response to reunion with parent at age 6: a predictable from infant attachment classification and stable over a 1 month period. In: *Developmental psychology*, 1988, 24: 415-426.
- MAHLER M.: *Psychose infantile, symbiose humaine et individuation*. Payot, Paris, 1973.
- MAHLER M.: *La naissance psychologique de l'être humain*. Payot, Paris, 1980.
- MAZET Ph., LEBOVICI S.: *Penser, apprendre*. Esbel, Paris, 1988.
- MELHER J., DUPOUX E.: *Naître humain*. Odile Jacob, Paris, 1990.
- MONTAGNER H.: *L'enfant et la communication*. Stock, Paris, 1978.
- MURRAY L., TREVARTHEN C.: Emotional regulation on interactions between two month olds and their mothers. In: *Social Perception in Infants*. Sous direction de Field T.M., Fox N.A. ed., p. 177-197, Ablex Pub. Corp. New Jersey, 1985.
- NAGERA H.: *Early childhood disturbances, the infantile neurosis, and the adulthood disturbances*. Univ. Press, New York, 1966; PUF, Paris, 1969.
- NOUVELLE REVUE DE PSYCHANALYSE: Numéro spécial: L'Enfant: articles de Pontalis, Green, Diatkine, Widlöcher, Harris, Cramer etc., Gallimard, Paris, 1979, 19, 1 vol.
- OSTERRIETH & coll.: *Le problème des stades en psychologie de l'enfant*. PUF, Paris, 1956.
- RAVEAU F.H., ROYANT-PAROLA S.: Bases neuro-anatomiques et neurophysiologiques des comportements. *Psychol. Med.*, 1980, XII (A), 23-40.

- PIERREHUMBERT B.: La situation étrange, *Devenir*, 1992, 4, 4:69-93.
- PREMACK D., WOODRUFF G.: Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioural and Brain Sciences*, 1978, 4:515-526.
- ROUCHOUSE J.C.: Ethologie de l'enfant et observation des mimiques chez le nourrisson. *Psych. Enf.*, 1980, 23 (1):203-249.
- SEGAL H.: *L'oeuvre de Melanie Klein*, PUF, Paris, 1969.
- SELVINI-PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G., PRATA G.: *Paradoxe et contre-paradoxe*. ESF, Paris, 1980.
- SKINNER B.F.: *Pour une science du comportement: le behaviorisme*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1979.
- SMIRNOFF V.: *La psychanalyse de l'enfant*. PUF, Paris, 1966.
- SPITZ R.A.: *Le Non et le Oui*. PUF, Paris, 1963.
- SPITZ R.A.: *De la naissance à la parole: la première année de la vie*. PUF, Paris, 1968.
- STERN D.: *Le monde interpersonnel du nourrisson*. PUF, Paris, 1989.
- TASSIN J.P.: Approche du rôle fonctionnel du système méso-cortical dopaminergique. *Psychol. Méd.*, 1980, XII (A):43-63.
- TREVARTHEN C.: Facial expression of emotion in mother-infant interaction. *Human Neurobiol.*, 1985, 4: 21-32.
- TRONICK E., ALS H., ADAMSON L., WISE S., BRAZELTON T.B.: The infant's response to entrapment between contradictory messages in face to face interaction. *J. of Am. Acad. Child Psy.*, 1978, 17, 1-13.
- WALLON H.: *Les origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité*. PUF, Paris, ed. a III-a, 1954.
- WALLON H.: *L'évolution psychologique de l'enfant*. Ed. a V-a, A. Colin, Paris, 1957.
- WALLON H.: *Les origines de la pensée chez l'enfant*. Ed. a III-a, PUF, Paris, 1963.
- WATZLAWICK P., HELMICK-BEAVIN J., JACKSON D.: *Une logique de la communication*. Trad. J. Morche, Seuil, Paris, 1972.
- WATZLAWICK P., WEAKLAND J.H., FISH R.: *Changement. Paradoxe et Psychothérapie*. Seuil, Paris, 1975.
- WELLMAN H.: *The child's theory of mind*. Bradford Books, 1992.
- WINNICOTT D.W.: *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot, Paris, 1969.
- WINNICOTT D.W.: *Processus de maturation chez l'enfant*. Payot, Paris, 1970.
- ZAZZO R.: *L'attachement*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1974.

2 NORMALUL ȘI PATOLOGICUL

Chestiunea normalului și patologicului este o problemă ce preocupă mai mult filosoful decât medicul: acesta din urmă este preocupat înainte de toate să știe ce poate să facă sau nu pentru pacientul său și nu să afle dacă acesta este „normal sau patologic”. Dacă această atitudine pragmatică se justifică în domeniul medical somatic, nu la fel stau lucrurile în domeniul psihiatriei, domeniu mărginit din toate direcțiile de problemele etice, culturale, sociale, politice printre altele etc. Psihiatrul, în exercitarea specialității sale, nu poate să se sustragă acestui context ce delimitează și definește în parte modul său de lucru. La rândul său, psihiatrul de copii este și el interpelat din aceleași motive, la care se adaugă însă incertitudinea în fața creșterii copilului, precum și a locului supradeterminat familial și social pe care acest copil îl ocupă.

Practic, psihiatrul de copii este solicitat să examineze un pacient micuț care în general nu cere nimic, este rugat să facă să dispară o conduită considerată ca fiind nepotrivită de către familie, școală, vecini sau asistentul social conform unor criterii cel mai adesea externe și adaptative. La rândul său, psihiatrul ia în considerare, în evaluarea pe care o face, factori foarte diferiți: capacitatea de sublimare într-un anumit sector, importanța contra-investițiilor defensive, suplețea sau rigiditatea ansamblului funcționării mentale, evaluarea nivelului conflictual în funcție de vârstă etc.

Criteriile de normalitate nu se pot limita deci la reperarea conduitei care a motivat solicitarea examinării și rezumarea la o simplă grilă de decodificare simptomatică.

1. — NORMALUL ȘI PATOLOGICUL: PROBLEME GENERALE

De la Canguilhem încoace, a devenit evident faptul că normalul și patologicul constituie doi termeni indisolubili ai unui același cuplu antitetic: nici unul nu

Dar în domeniul psihosocial o astfel de definiție riscă să reducă noțiunea de normalitate la o stare de acceptare, de supunere, de conformism față de exigențele sociale. Capacitatea de adaptare, sau ceea ce putem numi adaptabilitate, ar fi pentru unii un criteriu mai bun decât adaptarea în sine: rămân însă de definit criteriile acestei capacități, fapt ce riscă din nou să facă trimitere la definiția normalului, fie ca medie statistică, fie ca utopie.

După cum observăm, nu există o definiție simplă și satisfăcătoare a normalului, iar fiecare din cadrele de referință alese oferă excepții unde se însușează patologicul. În realitate, normalul și patologicul sunt la fel de dependenți unul de celălalt precum sunt în biologia genetică „hazardul și necesitatea” (J. Monod): nevoia de reproducere exercită o presiune normativă necesară, în vreme ce posibilitatea unei evoluții implică o devianță aleatorie.

Totodată, medicul nu se confruntă aici cu o problemă pur teoretică, ci cu o alegere practică: în fața unui pacient sau altuia, el trebuie să intervină sau să se abțină să facă acest lucru. Mai mult decât orice alt specialist, pedopsihiatrul este pus în fața acestei dileme astfel ca starea simptomatică actuală a copilului să nu prejudicieze în vreun fel viitoarea sa stare ca adult. Dincolo de conduitele simptomatice, pedopsihiatrul trebuie să găsească un alt sistem de evaluare.

2. — PROBLEMA NORMALULUI ȘI A PATOLOGICULUI ÎN PSIHOPATOLOGIA COPILULUI

Atâta vreme cât exercitarea pedopsihiatriei s-a limitat la practicarea unei anumite terapii într-un cabinet privat, problema normalului și patologicului era secundară. În schimb, extinderea considerabilă a practicii pedopsihiatrice și a aplicațiilor sale la igiena mentală a populației, o eficacitate certă dar alăturată unui cost social la fel de cert, implică niște opțiuni strategice. S-a depășit epoca în care se dorea ca orice copil să urmeze o psihanaliză profilactică: o astfel de poziție conținea în sine o greșală profundă referitoare la funcția analizei copilului, greșală justificată în vremea aceea de confuzia sau incertitudinile din domeniul specific psihanalizei și educației (v. confruntările dintre A. Freud și M. Klein din anii '30). Însă în epoca noastră igiena mentală trebuie să se ocupe nu numai de randamentul său în sens strict comercial, ci și de eficacitate. O serie de evaluări statistice pe scară largă ar trebui să incite deci la reflecție:

– frecvența debilității considerate de limită variază în funcție de vârstă. Ea se diminuează considerabil la vârsta adultă: oare acest lucru înseamnă că inteligența crește cu vârsta? Sau pur și simplu înseamnă că criteriile aplicate la

se poate defini fără celălalt. Problema este cu atât mai dificilă în limba franceză cu cât i se adaugă o confuzie întreținută de fonetică, între anormal (care își are originea în cuvântul latin *norma*: unghi drept) și anomalie (cuvânt având rădăcina greacă *ομαλοϛ*: neted, fără asperități). Trebuie deci precizate raporturile dintre anomalie, anormal și patologic.

Referitor la normal, diferitele definiții posibile se raportează la patru puncte de vedere:

- normalul ca sănătate, opus bolii;
- normalul ca medie statistică;
- normalul ca ideal, utopie a cărei realizare sau apropiere se caută;
- normalul ca proces dinamic sau capacitate de revenire la un anumit echilibru.

Confundarea normalului cu sănătatea, în opoziție cu anormalul și boala, constituie în mod evident o poziție statică ce nu mai corespunde dimensiunii dinamice a majorității maladiilor: pacientul diabetic înainte de decompensare sau astmaticul înaintea crizei sunt normali în sensul absenței simptomului. Boala nu mai poate fi redusă la semnele sale lezionale. De asemenea, trebuie să intervină o potențialitate de a redobândi sănătatea, fapt ce ne apropie de definiția normalului în calitate de proces.

Asimilarea normalului cu media statistică înseamnă, mai întâi, confundarea anormalului cu anomalia, iar apoi rejectarea în domeniul patologicului a tot ceea ce nu se află în zona mediană a curbei lui Gauss: subiecții de talie mică sau indivizii supradotați în plan intelectual sunt oare patologici? Pe de altă parte, în psihiatrie trebuie ținut cont și de presiunea culturală: riscă atunci să fie considerată ca anormală orice conduită ce deviază de la medie. Din acest punct de vedere, spre exemplu, membrii rezistenței franceze, în timpul ocupației⁶, erau anormali, la fel ca și majoritatea oamenilor așa-numiți „de progres”.

A raporta normalul la un model, la o utopie, înseamnă a institui *ipso facto* un sistem de valori, o normalitate ideală, eventual aceea pe care o adoptă politicile, administrația, părinții sau educatorii în raport cu copiii lor. Dacă acest ideal este definit de grupul social, ne întoarcem în mai mare sau mai mică măsură la confundarea sa cu norma statistică. Dacă acest ideal este generat de un sistem de valori personal (ideal al Eului), din nou trebuie văzut cum funcționează acesta, întrucât în prezent se cunoaște bine o anumită „maladie a idealității” (patologie narcisică), ceea ce ne face să revenim la definirea unei „funcționări mentale normale”.

A face din normal un proces de adaptare, o capacitate de reacție pentru a regăsi un echilibru anterior pierdut, înseamnă a introduce o evaluare dinamică.

⁶ Se face referire la mișcarea de rezistență organizată în timpul ocupării Franței de către naziști, în cursul celui de-al Doilea Război Mondial. (n. t.)

copil nu țin cont decât de starea acestuia? În termeni mai politici, oare nu cumva simpla frecvență a școlii este cea care desemnează un anumit număr de copii școlari ca debili? (norma școlară nu corespunde normei statistice a dezvoltării) (v. discuția asupra C.I., cap. 9, 2.);

— inegală și constanta repartitie a sexelor în populația care solicită consultație pedopsihiatrică reprezintă o problemă majoră: 70% sunt băieți, 30% sunt fete. Ar trebui să concluzionăm că a fi băiat este mai patologic decât a fi fată sau că normalitatea ideală și/sau socială corespunde în mai mare măsură capacităților și nevoilor fetei? Această problemă este cu atât mai dificilă cu cât repartitia sexelor în populația psihiatrică adultă este inversă (majoritatea o dețin femeile în raport cu bărbații): a se vedea discuția asupra psihopatologiei diferenței dintre sexe.

Dincolo de abordarea individuală, aceste simple constatări statistice justifică deja o reflecție asupra domeniului de activitate al pedopsihiatruului. Această reflecție se poate rezuma prin interogația: copiii văzuți de pedopsihiatru prezintă viitoarea potențială clientelă a consultațiilor pentru adulți sau aceștia vor fi fundamental alții? Studiile epidemiologice ne incită să ne gândim că ar trebui să reținem mai degrabă a doua ipoteză. Atunci se ridică noi întrebări pentru a explica această diferență: poate fi imputată eficacității acțiunii pedopsihiatrilor? Sau traduce mai degrabă decalajul dintre solicitarea consultației pentru copii care, temporar, nu se conformează unui model ideal al dezvoltării (aparținând pedagogilor, părinților...) dar care ulterior vor fi adulți în bună stare? După cum se observă, aceste întrebări par fundamentale la nivelul igienei mentale a populației.

În schimb, în fața unui anumit copil, problema evaluării normalului și a patologicului se pune în mod diferit: trebuie recunoscut simptomul, evaluată ponderea și funcția sa dinamică, trebuie încercată situarea locului său în cadrul structurii, și în fine trebuie apreciată această structură în cadrul evoluției genetice și în raport cu mediul. Din această evaluare cvadruplă — simptomatică, structurală, genetică și de mediu — decurge întregul demers pedopsihiatric.

2.1. — NORMALITATE ȘI CONDUITĂ SIMPTOMATICĂ

Prima grijă a pedopsihiatruului confruntat cu o conduită neobișnuită este evaluarea caracterului său patologic sau normal; în realitate, termenii acestei alternative nu sunt tocmai adecvați. Ar fi de preferat ca examinatorul să o înlocuiască prin următoarea interogație: această conduită manifestă (mentalizată sau pusă în acțiune) prezintă în cadrul funcționării mentale a copilului un efect patogen sau își asumă un rol organizator? Practic, distingerea unei conduite

normale de o conduită patologică revine la introducerea în câmpul funcționării mentale a unei soluții de continuitate despre care se știe bine, de la Freud încoace, că nu există. Widlöcher atrage în mod justificat atenția asupra faptului că examinatorul se comportă adesea ca și cum ar avea două tipuri heterogene de conduite: primul ar caracteriza conduitele-simptome, aparținând domeniului patologic, iar al doilea conduitele existențiale proprii normalității.

Cea mai simplă experiență clinică arată cât de înșelătoare poate fi această atitudine. Fie că este vorba despre operații de gândire internă (fobie, gândire obsesională) sau de conduite externe (trece la act, bălbăială...) descoperim întotdeauna un fir continuu ce subîntinde diversele conduite umane, de la cele ce dovedesc preforme organizatoare ale psihismului, până la cele pe care le observăm în stările patologice structurate. Studiul fobiilor sau conduitele ritualizate (v. cap. 17) este absolut convingător. Chiar și în cazul unei conduite aparent mai deviate, cum este bălbăiala, se poate regăsi o fază a dezvoltării în care bălbăiala putea fi calificată ca fiziologică (v. cap. 7, 5.).

Așadar descrierea semiologică, reperarea unei conduite nu sunt suficiente pentru a defini rolul său patogen sau organizator. Trebuie să se adauge o evaluare dinamică și economică. Punctul de vedere economic constă în a evalua în ce măsură conduita incriminată este doar o formațiune reacțională sau, dimpotrivă, în ce măsură i se adaugă și o investire sublimatorie: cu alte cuvinte, în ce măsură Eul este parțial amputat în funcțiile sale de către compromisul simptomatic sau, dimpotrivă, în ce măsură poate să reintroducă această conduită în potențialul său de interese sau al diferitelor investiri? Punctul de vedere dinamic și genetic încearcă să evalueze eficacitatea cu care conduita simptomatică leagă angoasa conflictuală și autorizează astfel continuarea mișcării maturative sau, în manieră opusă, se dovedește ineficace în legarea acestei angoase ce reapare fără încetare, suscitând noi conduite simptomatice și împiedică mișcarea maturativă. Aceste două abordări ale unui simptom, economic, pe de-o parte, și genetic, pe de altă parte, trebuie să se completeze. Ele fac trimitere în realitate la abordarea structurală și la abordarea genetică.

Rămâne însă problema dificilă a absenței aparente a oricărei conduite deviate în sensul normei statistice. În realitate, toate anchetele epidemiologice sistematice arată că absența oricărui simptom la copil este o eventualitate cu atât mai rară cu cât examenul clinic și evaluarea prin probe psihologice sunt mai ample. Totuși, unii copii cresc fără să prezinte manifest astfel de simptome: în mod evident aceștia nu vin în consultație. Pentru marea majoritate dintre ei, această normalitate simptomatice reflectă probabil sănătatea mentală. Dar există și unii pentru care această normalitate de suprafață nu este nimic altceva decât un conformism adaptativ, o organizare de tip fals *self* cum o numea Winnicott, o supunere la presiunile și exigențele anturajului. Acești copii conformiști, care se

adaptează la suprafață, se dovedesc incapabili să construiască o organizare psihică internă coerentă și să elaboreze conflictele de dezvoltare. Cu titlu de exemplu, în cursul crizelor grave de adolescență ce pun în cauză fundamentele identității narcisice (depresie severă sau episod psihotic acut), se constată adesea în antecedentele infantile ale acestor pacienți un „blanc” aparent, un fel de normalitate fadă și lipsită de relief: copii fiind, au traversat toate situațiile conflictuale aparent fără probleme: „erau drăguți, cuminiți, nu erau dificili, au crescut fără probleme”. Sigur, acest gen de discurs parental poate fi defensiv, mascând refuzarea sau negarea dificultăților din trecut, dar, într-o proporție importantă din cazuri, se pare că într-adevăr copilăria s-a derulat cu această uniformitate asimptomatică, ce nu trebuie în nici un caz confundată cu sănătatea mintală.

2.2. — NORMALITATEA ȘI PUNCTUL DE VEDERE STRUCTURAL

Dincolo de evaluarea simptomatică, este deci important să ne referim la structura mentală. Freud a fost printre primii care au arătat, prin decriptarea semnificației inconștiente a conduitei mentale, că întreaga conduită a „nebulului” este tot atât de încărcată de sens ca și aceea a individului sănătos. Ulterior el a introdus o linie de separare între indivizii care prezentau o organizare mentală de tip psihotic (psihonevrozele narcisice în accepțiunea lui Freud) și cei care aveau o structură nevrotică, nu în funcție de semnificația conduitei lor, ci în funcție de eficacitatea psihanalizei.

Pentru Freud nu există diferențe între omul sănătos și cel nevrotic: ambii prezintă același tip de conflict oedipian, utilizează aceleași tipuri de apărări (refuzarea, deplasarea, izolarea, conversia) și au traversat în copilărie aceleași stadii maturative. Singura diferență dintre individul sănătos și cel nevrotic, aflat în suferință, rezidă în intensitatea pulsionilor, a conflictului și apărărilor, intensitate relevantă de punctele de fixație și de relativă rigiditate a apărărilor. Compulsia la repetiție, caracteristică esențială a bolnavului nevrotic, reprezintă elementul de morbiditate cel mai distinctiv: definiția normalității ca proces adaptativ se aplică foarte bine în acest cadru, sănătatea putând fi definită ca fiind capacitatea de a utiliza, în funcție de nevoi, o gamă cât mai largă posibil de mecanisme psihice.

La copil, raporturile între complexul oedipian ca stadiu maturativ al dezvoltării și nevroza ca organizare patologică sunt departe de a fi simple (v. discuția în cap. 17, 3.), dar toți autorii sunt de acord în a recunoaște că nu este decât o diferență cantitativă (funcția economică a simptomului).

Coborând în sfera cea mai profundă și mai precoce a organizării psihismului infantil, M. Klein a descris la rândul său faza schizo-paranoidă. În cursul acestei

faze, fantasmele și mecanismele de apărare ridicate împotriva angoasei ce rezultă din aceste fantasme, sunt într-un totu asemănătoare, în opinia autoarei, cu cele observate la pacienții psihotici: fantasme de devorare sadică și aneantizare în cursul scenei primitive, clivaj, idealizare, proiecție persecutivă etc. Angoasa este inevitabilă și provine din aceste conflicte arhaice, fiind în parte întreținută de mecanismele de apărare arhaice; nevroza copilului nu este nimic altceva decât o bună modalitate de a se vindeca de aceste angose arhaice. Nici aici nu există o distincție calitativă fundamentală între dezvoltarea normală și dezvoltarea patologică, inclusiv în domeniul stărilor psihotice. Singura diferență este de ordin cantitativ: intensitatea pulsionilor agresive poate să provoace o asemenea angosă încât evoluția maturativă să fie blocată. Diversele stări patologice nu sunt foarte diferite de stadiile maturative normale corespunzătoare palierului atins în cursul blocajului evolutiv. Evaluarea gradului patologic se bazează pe analiza factorilor ce împiedică bunul mers al maturării și al desfășurării neurozei. În acest sens, M. Klein subliniază importanța inhibiției tendințelor epistemo-filiice și a refuzării vieții imaginare.

Aceste succinte recapitulări teoretice ale ideilor lui Freud și M. Klein au interesul de a arăta că linia de separare între normal și patologic nu se poate face raportându-ne doar la structura mentală a copilului. Utilizarea unor termeni proprii patologiei (poziție schizo-paranoidă, apărare maniacală, poziție depresivă) pentru desemnarea stadiilor normale, a palierelor maturative necesare în perioada de creștere a copilului, arată în ce măsură simpla raportare structurală este insuficientă.

Ar fi potrivită aici discutarea noțiunii de structură mentală în psihopatologia infantilă. Mai mult decât la adult, definirea „structurii mentale” a copilului este foarte dificilă; această structură nu se lasă niciodată percepută cu aceeași claritate. De fapt, delimitarea conduitei patologice este mai incertă, legăturile posibile între diversele conduite par întotdeauna mai laxe decât în patologia adultului. Intricarea constantă a mișcărilor de regresie și regresie estompează în plus orice contur mai precis; imaturitatea modului de funcționare psihică nu permite raportarea la un model stabil și definit; existența unor momente critice în dezvoltare justifică bulversările structurale posibile vreme îndelungată; dependența prelungită de anturaj poate provoca remanieri imprevizibile. Toți acești factori enumerați succint relevă frecvența dificultate, și probabil și eroarea, în definirea prea riguroasă a structurii psihice a copilului.

Totuși, această rezervă admisă în domeniul teoretic pune o serie de probleme în domeniul clinic: pe ce baze și criterii se poate delimita patologia mentală a copilului, cum pot fi înțelese și integrate unele cu celelalte diversele conduite patologice observate?

Din acest punct de vedere, locul ocupat de tulburările instrumentale în

psihopatologia infantilă este ilustrativ. Vom da ca exemplu cazul simptomului „dislexie-disortografie” (pentru descrierea clinică v. cap. 6, 4.).

Anumiți autori consideră acest simptom ca o dovadă a unei leziuni neurofiziologice, într-o accepție nu foarte îndepărtată de teoriile lezionale anatomo-clinice ale psihiatriei din secolul XIX. Această poziție, veritabilă petiție de principiu, este în egală măsură nedemonstrabilă și irefutabilă: dislexia este simptomul tulburării numite „dislexie”, entitate autonomă, caracterizată de o leziune specifică.

Alți autori înțeleg dislexia ca o dovadă a unui proces specific de inhibiție epistemonică ce ar traduce persistența unui conflict oedipian activ și o refluxare secundară. Dislexia este unul dintre simptomele neurozei la copil.

Pentru alții, dislexia rezultă din imaturitatea unei funcții instrumentale și nu este decât o prelungire excesivă a unui palier normal întâlnit la începutul învățării citirii și scrierii (în special în perioada învățării grupurilor de litere, cu frecvente asimilări, inversiuni, contractări). Dislexia este așadar o tulburare tranzitorie a dezvoltării, ce îngrijorează doar datorită consecințelor sale secundare (eșec școlar, opoziție din partea copilului etc.).

În fine, alții consideră că dislexia nu este decât traducerea inadapării exigențelor școlare sau a incompetenței pedagogului în fața posibilităților copiilor. Dislexia-disortografia este dovada maladiei școlii, a structurilor și conținutului său.

Putem observa aici, raportat la o conduită ușor reperabilă, diversele încercări de a o integra într-un ansamblu conceptual mai vast, după cum urmează:

- în cadrul lezional;
- în cadrul structural;
- în cadrul genetic;
- în cadrul mediului înconjurător.

În plus, aceste abordări teoretice nu sunt neapărat incompatibile.

Acest fapt explică dificultățile întâmpinate de orice încercare de clasificare în psihopatologia infantilă și caracterul său permanent nesatisfăcător. Totodată, anumite entități descriptive pot fi percepute cu o anumită regularitate: astfel de regroupări semiologice nu trebuie interpretate altfel decât ca asocieri de conduite în mod regulat corelate și a căror izolare nu se justifică decât prin frecvența lor.

2.3. — NORMALITATEA ȘI PUNCTUL DE VEDERE GENETIC: DIZARMONIE ȘI IMATURITATE

Creșterea și tendința de a progresa constituie fundalul în permanență schimbare la care psihismul copilului trebuie să se adapteze. Această creștere prezintă doi versanți pe care școala americană a psihologiei Eului, întemeiată de Hartmann, i-a distins separând *procesele de maturizare* și *procesele de dezvoltare*.

Procesele de maturizare reprezintă ansamblul factorilor interni ce guvernează creșterea. Acești factori au o pondere considerabilă asupra copilului. Pe lângă factorii somatici, mai există și cei pe care Anna Freud i-a numit *forțe progresive* ale dezvoltării: copilul caută să-l imite pe tatăl său, frații și surorile mai mari, educatorii, sau pur și simplu pe cei „mari”. Vrea să le posedate atributele sau caracteristicile, disprețuindu-i în același timp pe cei mici, sau măcar pe cei care se află imediat sub nivelul său...

Procesele de dezvoltare includ ansamblul interacțiunilor dintre copil și mediu, factorii externi putând juca în cadrul acestei creșteri un rol pozitiv sau negativ.

Dacă această distincție are o valoare euristică evidentă, în practica clinică nu este ușoară separarea proceselor de maturizare de procesele de dezvoltare datorită influențelor reciproce permanente. De fapt, a trebuit abandonată poziția rigidă și falsă din punct de vedere științific ce făcea din creșterea copilului un proces programat genetic în totalitate, încă de la naștere. Cercetările din domeniul psihofiziologiei au demonstrat clar importanța interacțiunilor dintre echipamentul de bază și aportul mediului (Karli).

Dincolo de aceste interacțiuni constante cu mediul, procesele de maturizare nu trebuie considerate ca fiind niște procese cu o desfășurare regulată, armonioasă, într-o progresie lipsită de obstacole și conflicte, așa cum ar constitui-o într-o oarecare măsură o ipoteză „de dezvoltare normală”. Așa cum sublinia Widlöcher, „la copil, forțele de rezistență la schimbare sunt considerabile. În fiecare moment el realizează un sistem în echilibru. *Compulsia la repetiție acționează puternic*”. Conflictele fac parte în mod inerent din dezvoltare, fie că este vorba, așa cum preciza Anna Freud, de conflicte externe, interiorizate sau interne sau, cum considera H. Nagera, de imixtiunea în dezvoltare, de conflictele de dezvoltare sau de conflictele nevrotice.

Așa cum am putut vedea în paragrafele precedente, evaluarea angoasei atașate acestor conflicte, a compromisului și simptomelor ce rezultă și chiar evaluarea organizării structurale sincrone nu pot fi suficiente pentru a distinge normalul de patologic. Capacitatea de progresare ce păstrează conduita simptomatică și care autorizează organizarea structurală sau, dimpotrivă, puterea lor de fixare și/sau regresie nu pot fi apreciate decât prin prisma unei perspective diacronice.

Intensitatea și caracterul patogen al acestor puncte de fixație și al acestor regresii pot antrena distorsiuni ale dezvoltării din ce în ce mai importante. De altfel, A. Freud propunea ca un criteriu de apreciere al patologicului studiul *dizarmoniei* dintre liniile de dezvoltare. Autoarea a definit mai multe linii de dezvoltare ce reprezintă axe particulare ale creșterii unui copil: linia de dezvoltare ce merge de la starea de dependență la autonomia afectivă și la relațiile de obiect de tip adult, linia de dezvoltare a independenței corporale (de la alăptare la

alimentarea rațională sau de la incontinență la controlul sfincterian), linia dezvoltării de la joc la muncă etc.

Pentru A. Freud, patologia poate lua naștere dintr-o dizarmonie de nivel maturativ între aceste linii. *Acest concept de dizarmonie* cunoaște un succes important: el este utilizat în numeroase interpretări psihopatologice și tinde chiar să devină un nou cadru de referință sincron, ceea ce reprezintă desigur o utilizare complet pervertită a unui astfel de concept. Nu este mai puțin evident faptul că se descriu din ce în ce mai adesea „organizări dizarmonice”, fie că dizarmonia își are originea în evoluția genetică sau în organizarea cognitivă (v. referitor la acest subiect ansamblul discuției și descrierile clinice regrupate în cap. 20: *La frontierele nosografiei*). Dar și în acest caz, în distingerea între normal și patologic, este important să dăm dovadă de discernământ. Chiar A. Freud sublinia că „*dizarmonia între liniile de dezvoltare constituie doar unul dintre factori atunci când dezechilibrul este excesiv în cadrul unei personalități*”. În nici un caz simpla existență a unui dezechilibru nu este suficientă pentru a defini patologic. Utilizarea unor largi baterii de teste arată în mod constant că se ajunge întotdeauna la descoperirea unei serii al cărei nivel se află în discordanță cu celelalte: „*cu cât bateria este mai extinsă, cu atât mai mult profilul prezintă o linie întreruptă cu rezultate scăzute la câteva probe*” (C. Chiland). Dezvoltarea armonioasă reprezintă mai mult un ideal, o normă utopică, decât o realitate clinică și, din nou, nu există nici o soluție de continuitate între o dizarmonie minimă, autorizând menținerea unei dezvoltări satisfăcătoare în cadrul normalității și o dizarmonie mai importantă, ce împiedică această dezvoltare și blochează copilul într-un cadru patologic fix.

O altă noțiune ce se referă implicit la un model ideal sau static al dezvoltării normale și este deseori utilizată în psihopatologia infantilă pentru conduitele clinice care se situează la limita dintre normal și patologic: este vorba despre **imaturitate**.

Porbind de la imaturitate, au fost izolate numeroase tablouri clinice pe baze etiopatogene foarte diverse. Autorii care utilizează acest concept justifică raportarea la un proces de maturizare pur neurofiziologic datorită semnelor observate pe EEG, care sunt regrupate de altfel sub denumirea de „traseu imatur sau dismatat”: traseu în manieră globală lent în raport cu vârsta (dar care ar putea fi considerat fiziologic pentru copiii mai mici), prezentând o sensibilitate exagerată la hiperpnee și frecvente semne de „iritare” sau unde lente cu predominanță occipitală. Interpretarea unui astfel de traseu face în mod explicit referire la o normă de frecvență statistică privind evoluția electrogenezei cerebrale a copilului mic. Apare problema cunoașterii gradului de corelație existent între aceste devieri electroencefalografice și simptomatologia descrisă sub denumirea de imaturitate.

În clinică, imaturitatea se raportează în mod obișnuit la organizarea psihomotorie, la sfera afectivă sau emoțională. Porbind de la imaturitatea psihomotorie, Duptre a individualizat, sub denumirea de „debilitate motorie”, mai întâi un tablou clinic; apoi a construit o teorie etiopatogenică al cărei ultim avatar pare să fie noțiunea de *Minimal brain dysfunction*⁷ (v. cap. 20, 4.). De la dispraxiile cele mai grave și până la banalele gesturi stângace, trecând prin instabilitate, împărtășirea între normal și patologic are la bază o leziune sau o disfuncție introdusă mai mult ca o petiție de principiu decât ca o realitate clinică.

Imaturitatea afectivă sau emoțională face trimitere la un ansamblu de conduite marcate în special de dificultatea de a controla emoțiile, intensitatea și labilitatea acestora, dificultatea de a tolera frustrarea, dependența afectivă, nevoia de securitate, sugestibilitatea...

Regăsim aici un ansamblu de trăsături descrise în diverse organizări patologice, în special în psihopatie și în isterie, atât în clinica adultului cât și în clinica copilului. Ca și în cazul „debilității motorii”, anumiți autori consideră că aceasta se datorează urmei unei leziuni sau unei disfuncții. Într-o perspectivă analitică, această imaturitate afectivă și emoțională face trimitere la noțiunile de toleranță la frustrare și de capacitate de trecere la act care, pentru A. Freud, constituie elemente de evaluare a normalului și patologicului, dar și noțiunea de „forță a Eului”, utilizată frecvent de psihanalizii din școala lui Hartmann.

2.4. — NORMALITATE ȘI MEDIU

Winnicott spunea pe bună dreptate că un bebeluș nu există fără mama lui: amândoi, mama și copilul, formează un tot asupra căruia se concentrează evaluarea și efortul terapeutic. Acest adevăr este la fel de valabil și pentru copilul mai mare și pentru adolescent. Evaluarea normalului și a patologicului în funcționarea unui copil nu trebuie să ignore acest context al mediului parental, frater, școlar, rezidențial, amical, religios etc.

Numeroase conduite considerate patologice de către anturaj apar în realitate fie ca semne ale unui protest sănătos, fie ca dovezi ale patologiei anturajului. Cum se întâmplă în condițiile unui mediu patologic, în cazul conduitei de furt (v. cap. 10, 2.) sau minciună (v. cap. 10, 1) sau a comportamentelor aparent mai dezorganizate, cum ar fi delirul indus (v. cap. 22, 2.).

Criteriile de evaluare aplicate la copil trebuie să țină cont de context: practic, aceeași conduită poate avea un sens foarte diferit dacă survine la un copil ce

⁷ În text, în limba engleză – *disfuncție cerebrală minimă*. (n. t.)

beneficiază de un aport familial pozitiv sau, dimpotrivă, la un copil ce trăiește într-un mediu de o dezorganizare generală, cum este cazul familiilor-problemă (v. cap. 22, 1.).

Dar evaluarea impactului condițiilor externe asupra structurii psihologice a copilului nu este facilă. Noțiunea de patologie reactivă nu trebuie să ne facă să ne imaginăm că un simptom poate răspunde în totalitate și în permanență la o simplă condiționare sau la o reacție lineară de tipul stimul-răspuns. Mai trebuie evaluat gradul de interiorizare al acestei conduite și puterea sa patogenică pentru organizarea psihică actuală a copilului.

Acestui demers îi răspunde noțiunea de tulburare reactivă, dar și noțiunile de vulnerabilitate și de competență (v. cap. 21). Astfel, încercarea de a defini în funcție de mediu ce înseamnă un copil normal și un copil bolnav revine în parte la a defini un mediu normal și un mediu patologic, adică societatea normală și societatea patologică, ceea ce ne conduce la diverse posibile definiții ale normalității și ilustrează totodată riscul unei reflecții închisă în sine, atunci când este abordată această problemă într-un plan pur teoretic.

3. — CONCLUZIE

În studiul conduitei și echilibrului psihoafectiv al unui copil, normalul și patologicul nu trebuie considerate ca două stări distincte una de cealaltă, pe care le separă cu rigurozitate o graniță sau o prăpastie adâncă. Nimic nu ne permite să considerăm că există două domenii categoric heterogene ce dovedesc, unul procesele psihologice normale, iar celălalt pe cele de destrucție sau de inorganizare patologică. Dezvoltarea, maturizarea copilului sunt prin ele însele surse de conflicte care, ca orice conflict, pot suscita apariția unor simptome.

Astfel, domeniile respective ale normalului și patologicului se interpenetrează în mare măsură: un copil poate fi în mod patologic normal, așa cum poate fi în mod normal patologic. În categoria de patologic normal pot fi incluse stări cum ar fi cele de hiperactivitate la copii cu părinți psihici (v. cap. 22, 2.1.) sau divorțați (v. cap. 22, 3.1.) sau cum este conformismul. În categoria normal patologic pot fi incluse fobiile din copilăria mică, conduitele de ruptură din adolescență și multe alte stări.

A gândi într-o dihotomie simplistă: normal sau patologic, nu prezintă mare interes în pedopsihiatrie. În schimb, evaluarea riscului de morbiditate și a potențialului patogen al organizării psihopatologice actuale a unui copil trebuie să ia în considerare mai multe axe de referință, raportarea la diverse modele conceptuale. Putem considera că aceste modele se împart în cinci mari tipuri:

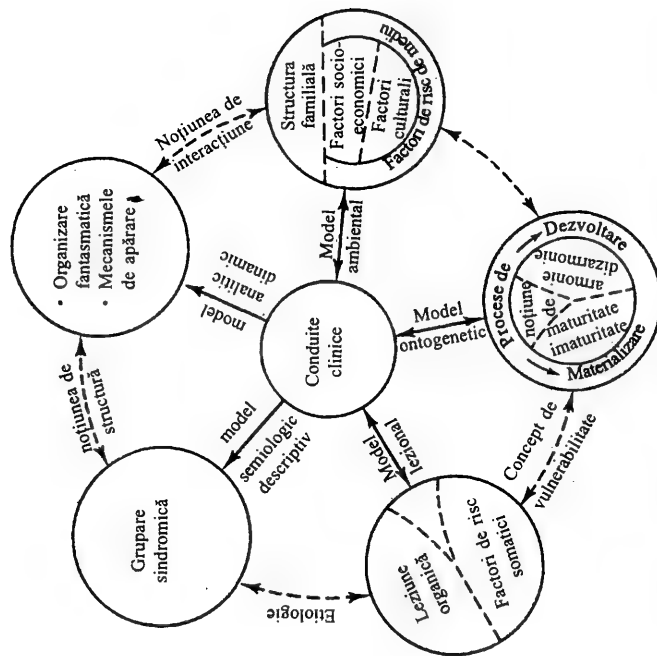


Fig. 3. Diversele modele de comprehensiune în psihopatologia copilului.

- modelul semiologic descriptiv;
- modelul lezional;
- modelul ontogenetic;
- modelul analitic;
- modelul factorilor de mediu.

Confruntat cu un copil în singularitatea sa, clinicianul utilizează în mod preferențial modelul sau modelele care i se par cele mai pertinente în înțelegerea sa. „Tablourile clinice” descrise de nosografia tradițională trebuie și ele înțelese prin prisma acestor modele ce le conferă un sens. Cu titlu de ilustrare vom încheia acest capitol cu două tabele: primul este acela al principalelor axe de comprehensiune utilizate în psihopatologia copilului, al doilea este o încercare puțin cam schematică ce caută pur și simplu să introducă o reflecție asupra pertinentei acestor diferite modele în funcție de „tablourile clinice” clasice. Majoritatea clasificărilor nosografice actuale încercă totuși să țină cont de această dimensiune pluriaxială esențială în psihopatologie, fie că este vorba despre DSM-III-R sau IV, sau despre clasificarea franceză recentă (v. cap. 3, 3.).

TABELUL I. - Pertinența relativă a diferitelor modele de comprehensiune în funcție de unele „tablouri clinice”

Modelul descriptiv	Modelul structural	Modelul ontogenetic	Modelul ambiantal	Modelul lezional
+++	++++	++	+	
Dislexie	+++	++	++	+
Autism Kanner	++++	++	+	+++
Psihoză precoce tip psihotă simbiotică	+	++++	++	
Dizarmonie de evoluție	+	++++	++	
Prepsihoză		++++	++	
Disfuncție cerebrală minimă (MBD)	++++	+		++
Epilepsie	++++	+	++	++
Mongolism	+++			+++
Prematuritatea și consecințele sale	++	++	+++	++

BIBLIOGRAFIE

- ANTHONY E.J., CHILAND C., KOUERNICK C.: *L'enfant à haut risque psychiatrique*. PUF, Paris, 1980.
- CANGUILHEM G.: *Le normal et le pathologique*. PUF, Paris, 1966.
- CHILAND C.: L'écolier normal. *Rev. Neuro. Psych. Inf.*, 1978, 26, 9: 469-470.
- DIATKINE R.: Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant. *Psy. Enf.*, 1967, 19, 1:1-42.
- FREUD A.: *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Gallimard, Paris, 1962.
- LEBOVICI S., DIATKINE R.: Le concept de normalité. In: ANTHONY E.J., CHILAND C., KOUERNICK C.: *L'enfant à haut risque psychiatrique*. PUF Paris, 1980, 29-43.
- MONOD J.: *Le hazard et la nécessité*. Le Seuil, Paris, 1970.
- WIDLÖCHER D.: La question du normal et du pathologique à l'adolescence. *Rev. Neuro. Psych. Inf.*, 1978, XXVI, 10-11:533-537.

3 EXAMINAREA COPILULUI

1. — INTERVIUL CLINIC

Conducerea interviurilor de investigare cu un copil și familia acestuia este în mod cert foarte dificilă, pretinde o lungă experiență și nu se poate învăța decât parțial din cărți. Multitudinea situațiilor, numărul mare de persoane care intervin în jurul copilului, apariția inevitabilă și necesară a neprevăzutului, toate aceste date explică dificultățile întâmpinate în codificarea întreprinderilor inițiale.

Reperarea conduitelor de suferință, analizarea originii lor exacte (la copil, la părinți, în familie, la școală...), evaluarea rolului lor în organizarea psihopatologică a individului și în sistemul de interacțiuni din grupul familial, precizarea nivelului lor în raport cu dezvoltarea genetică, recunoașterea sensului lor în raport cu istoria copilului și a părinților săi: este o rezumare a travaliului multiaxial al consultantului.

În cursul interviurilor de investigare scopul nu este numai de a evalua normalul sau patologicul unei conduite, ci și amenajarea posibilităților terapeutice imediate (consultații terapeutice) sau ulterioare. Cîitorul se va putea raporta la capitolele consacrate normalului și patologicului, interviurilor de investigație (v. cap. 28) și consultației terapeutice (v. cap. 28). În mod evident, este necesară o cunoaștere aprofundată a dezvoltării normale a copilului. Noi vom aborda aici numai aspectele tehnice ale interviurilor. Două puncte sunt deosebit de delicate și reprezintă dimensiunea specifică a interviului în pedopsihiatrie:

- relațiile părinți-copil-clinician;
- modul de comunicare între clinician și copil.

1.1. — RELAȚIILE PĂRINȚI-COPIL-CLINICIAN

Prima întreprindere

Maniera în care se desfășoară prima întreprindere este bogată în informații: modalitatea de contact (telefon, vizită, scrisoare), persoana care stabilește contactul

(mama sau tata, asistentul social, o rudă apropiată, copilul însuși), motivațiile succint exprimate, amplu prezentate sau ținute secret etc.

Prima întreprindere ca atare, desfășurarea consultației depind în parte de clinician și în parte de familie.

Uneori pedopsihiatriul este cel chemat să vină la prima întreprindere, dar cel mai adesea acesta se confruntă cu o situație în fapt, ea însăși bogată în informații:

- *copilul împreună cu mama* reprezintă situația banală față de care nu se poate avea nici un fel de prejudecăți;
- *copilul împreună cu cei doi părinți* se observă în familiile atente și motivate, dar și în familiile aflate în discordie, în care fiecare ține să asiste la ceea ce spune celălalt;
- *mama singură* tinde cel mai adesea să îl includă pe clinician în controlul omnipotent pe care încearcă să îl exercite asupra universului copilului său;
- *copilul, mama și frații* pun înainte de toate problemele de interacțiune dintre frați (fie că acest fapt se petrece în psihismul mamei sau în acela al copiilor) sau se observă atunci când mama este debordată de progenitura sa într-o inserție socială mediocră (nu poate fi lăsat în grijă);
- *copilul singur* (sau însoțit de un terț: asistent social, frate mai mare, bunic, vecin...) exprimă o suferință de tip abandonic sau o respingere familială mai mult sau mai puțin netă;
- *copilul împreună cu tatăl* traduce frecvent o discordie familială, un divorț sau o situație neobișnuită (decesul mamei, tatăl lucrează la domiciliu...).

Având în vedere toate aceste modalități diverse, vom încerca să respectăm regulile pe care le vom expune mai jos.

Cu copilul mic și cel de vîrstă medie (până la 11-12 ani), considerăm că desfășurarea recomandabilă este următoarea:

- a) părintele sau părinții se exprimă în prezența copilului;
- b) copilul este văzut singur;
- c) familia este din nou reunită.

Trebuie rezervate 90-120 minute pentru această primă consultație. Tehnica interviului cu părintele sau părinții trebuie să alterneze discursul liber parental și întrebările asupra unor aspecte deosebite. „Interrogatoriul” permite în mod cert completarea grilei de simptome, dar sărăcește complet procesul consultației. Discursul parental liber dezbătuie modurile de comunicare, apărările și construcțiile defensive, anumite fantasme familiale, dar poate fi resimțit cu o violență negativă și lăsând totodată zone de umbră prejudiciabile.

Consultantul trebuie să fie atent la diferitele niveluri de comunicare și de schimburi familiale:

- nivelul infraverbal: repartizarea persoanelor în spațiu, către cine se îndreaptă copilul, cum se împarte discursul, gesturile și mimica participanților;

1.2. — MODUL DE COMUNICARE ÎNTRE COPIL ȘI CLINICIAN

Stabilirea unei comunicări veritabile, având la bază un schimb afectiv pozitiv și nu doar o rezervă defensivă, constituie un obiectiv al întrevederilor de investigare și prezintă în sine o dimensiune terapeutică (v. *Consiliația terapeutică*, cap. 28, 3.). Întreaga artă a clinicianului constă deci în a oferi copilului un context și o atmosferă astfel încât această comunicare să se poată stabili. Este necesară o bună cunoaștere a modurilor obișnuite de comunicare între copil și adult, cunoaștere ce nu se poate dobândi decât prin întâlniri repetate cu copii de toate vârstele. Foarte schematic, principalele moduri de comunicare sunt următoarele.

Jocul. — Jocul cu mașinuțele sau trenulețele, jocul cu păpușile, „de-a mama”, în cursul căruia copilul pune în scenă fantasmele sale, stăpânirea angoasei lui, se identifică cu persoanele din anturajul său etc. (v. cap. 11). În cursul jocului, copilul se mișcă, ocupă spațiul: clinicianul poate astfel să evalueze calitatea motricității și să își facă o idee despre imaginea dinamică a corpului. Gesturile neîndemânate, instabilitatea, distonia, pot fi observate, justificând un bilanț psihomotor.

Dialogul imaginar. — Prototipul acestuia este jocul cu marionetele, dar mai există și povestea inventată (de genul „tu trebuie să inventezi un vis frumos” sau „tu trebuie să inventezi un vis urât”) sau jocul de rol, cum ar fi jocul de-a școala („tu erai elevul iar eu eram învățătoarea” propune adesea fetița).

Desenul. — Este o tehnică utilizată în mod particular în Franța. Recomandăm călduros lectura lucrărilor lui Widlöcher sau Debienné. Deseori copilul desenează cu plăcere în mod spontan. După un prim desen spontan, poate fi util, dacă desenul este foarte convențional sau defensiv (o casă, un buchet de flori) să i se propună o temă pentru următorul desen (un omuleț, familia...). Cu unii copii inhibați de foaia albă, sunt indicate fie sugerarea unei teme inițiale, fie schițarea unei forme prin tehnica Squiggle⁸ propusă de Winnicott (v. cap. 28, 3.).

Dialogul tradițional, față în față.

Utilizarea acestor diferite moduri de comunicare depinde întrucâtva de îndemânarea clinicianului în manevrarea uneia sau altelei dintre tehnici, de psihopatologia copilului, și mai ales de nivelul său de dezvoltare. Tabelul 2 prezintă vârstele aproximative cărora le corespund aceste diverse tehnici. Este de la sine înțeles că aceste limite pot fi fluctuante de la un copil la altul, având în vedere în special patologia sa (debilitatea sau psihoza reduc mult posibilitățile

⁸ In text în limba engleză. (n.t.)

— nivelul verbal: calitatea formală și articularea discursului, conținutul patent, rupturile de stil sau logică etc.

De obicei copilul tace în timp ce părinții prezintă istoria simptomului. Apoi aceștia evocă istoria copilului și vorbesc uneori despre copilul real, dar și despre copilul imaginar. Uneori copilul intervine în discursul parental pentru a corecta o remarcă, pentru a atrage atenția mai mult sau mai puțin exclusiv asupra lui sau pentru a cere să plece. Maniera în care el intervine în dialogul părinte-clinician este întotdeauna pertinentă și trebuie atent notată.

Întrevederile ulterioare

Sunt necesare, în general, trei sau patru interviuri de investigație. Dacă natura intervențiilor în cursul primei întrevederi depinde de natura familiei ca atare, clinicianul trebuie să poată, în cursul întrevederilor ulterioare, să prevadă întâlnirile. Ușurința sau dificultatea de a întâlni diverși membri ai familiei este evident un indiciu pentru funcționarea acesteia (în mod particular venirea tatălui la consultație) și a gradului său de motivare.

Se pune apoi problema întâlnirii părinților în afara prezenței copiilor. În general, copilul trebuie prevenit asupra caracterului confidențial al schimburilor dintre el și consultant: „eu n-am să discut cu părinții tăi ceea ce am vorbit (sau făcut) împreună, dar tu poți să faci cum vrei, poți să le spui sau nu”.

Atunci când clinicianul a fost întâmplător informat de copil despre un element pe care părinții săi nu l-au evocat (fie că este vorba despre uitare sau de un secret din partea lor), este preferabil să i se ceară autorizarea sau cel puțin să fie informat despre necesitatea abordării acestui subiect cu părinții săi.

Întâlnirea părinților în afara prezenței copilului nu este necesară întotdeauna: este preferabil ca, în măsura în care este posibil, să fie evitat acest fapt. Uneori trebuie ca părinții să fie întâlniți singuri:

- când aceștia solicită în mod expres acest lucru;
- când copilul apare ca miză a unui conflict de cuplu;
- când pare să fie simptomul unei patologii parentale importante.

Copilul trebuie prevenit cu privire la această întrevedere. Când este posibil, este mai bine ca întâlnirea cu părinții să fie planificată ca atare și să aibă loc fără să fie adus și copilul la consultație (răbdarea copilului lăsat singur în sala de așteptare este întotdeauna limitată).

În cursul acestor întrevederi de investigare pot fi abordate diversele sectoare a căror cunoaștere este indispensabilă: istoria copilului, antecedentele sale personale, medicale, psihosofice, sociale, relațiile sale cu părinții, cu frații, relațiile școlare, cu copiii de aceeași vârstă, ce îl interesează și modul în care își petrece timpul liber, istoria familiei, istoria părinților, istoria simptomelor, demersurile întreprinse și examinările efectuate etc.

TABELUL II. — *Cronologia principalelor moduri de comunicare cu copilul în situația de investigație.*

Jocuri	Până la 3 ani	3 până la 7 ani	7 până la 11 ani	11 până la 13 ani	Peste 13 ani
Dialoguri imaginare					
Desene					
Dialoguri de tip adult					

de comunicare). În fine, mai pot fi utilizate unele tehnici specifice: modelajul, jocurile cu apa și/sau nisip, pământ...

Limbaajul clinicianului trebuie să fie accesibil copilului și să țină cont de vârsta și de nivelul de dezvoltare atins. Înainte de 5-6 ani, întrebările adresate direct copilului exercită frecvent o acțiune inhibitoare. Frazele trebuie să fie scurte, cuvintele să fie simple și deseori trebuie repetate; acest fapt este cu atât mai important cu cât copilul este mai mic (v. în acest sens atitudinea terapeutului în psihoterapiile în conjuncție mamă-copil mic). Clinicianul trebuie să fie atent în egală măsură la toate modurile de comunicare infraverbală (comunicarea analitică în mod deosebit: v. cap. 1, 2.4.) la care copiii sunt deosebit de sensibili: intonația vocii, atitudinile gestuale etc.

2. — EXPLORĂRI COMPLEMENTARE

În unele cazuri, întrevederile de investigație trebuie completate de o serie de explorări complementare, unele vizând sectoare particulare ale funcționării psihice, altele vizând anumite aspecte somatice. Printre explorările psihologice este vorba, pe de-o parte, de diferite teste psihologice, iar pe de altă parte, de un bilanț al principalelor funcții instrumentale (bilanț de limbaj, bilanț psihomotor) sau de achizițiile școlare. Sunt prezentate aici numai testele psihologice de personalitate întrucât celelalte explorări sunt studiate în capitolul consacrat funcțiilor instrumentale corespunzătoare.

Explorările somatice includ mai întâi examenul fizic al copilului. În zilele noastre, a declara că examenul somatic este indispensabil reprezintă o clauză de stil lipsită de sens: ce unele excepții (spre exemplu, în cazul spitalizării) nu este nici indicat, nici posibil să examinezi un copil în plan somatic și în același timp să încerci să intuiești semnificația conștientă sau inconștientă a conduitei care sunt prezentate. În schimb, în caz de incertitudine, un examen somatic este necesar: este bine ca pedopsihiatriul să poată avea toată încrederea în acest examen și să fie în relație cu un pediatru și un neurolog cu care să colaboreze.

În ce privește examenele somatice complementare, este vorba în special de electroencefalografie, de tomodensitometrie cerebrală și de explorările auditive. Alte examinări nu vor fi solicitate decât dacă există semne de orientare și în acord cu medicul somatician. Electroencefalograma, tehnica de înregistrare a electrogenzei cerebrale, nu va fi detaliată aici: cititorul este rugat să se raporteze la articole specializate, precum și la capitolul consacrat epilepsiei. Datorită interesului prezentat, vom spune câteva cuvinte referitor la tomodensitometrie și la explorările auditive.

2.1. — TOMODENSITOMETRIA PRIN RAZE X (TDM: SCANNER) IMAGERIE PRIN REZONANȚĂ MAGNETICĂ NUCLEARĂ (RMN)

Principiu

Aceste două metode neuroradiologice au modificat profund, în câțiva ani, explorarea sistemului nervos central, grație calității lor de a fi nevătămate și rezultatelor remarcabile obținute. Evoluția rapidă a aparatelor face examinările din ce în ce mai rapide și secțiunile explorate devin din ce în ce mai fine. Prețul ridicat al acestor explorări rămâne un factor limitativ. „Tomodensitometria prin reconstrucția de imagini constă în analiza cantitativă a coeficientului de atenuare a razelor X și reconstruirea topografiei anatomice a acestor densități” (TDM) (Touitou). Imagistica prin rezonanță magnetică nucleară (RMN) furnizează imagini mult cuplate aproape în orice plan și chiar imagini tridimensionale. În prezent se poate ajunge până la variații ale decupajelor între 1 și 10 mm.

Aplicație practică

Se cuvine de-acum să solicităm o tomodensitometrie în fața oricărui tablou ce evocă o implicare a sistemului nervos. Vom cita interesul acestui examen în special în tumorile cerebrale și în anumite encefalopatii degenerative sau inflamatorii (maladia Schilder). Examenul RMN este indicat în special în patologiile degenerative, vasculare (hemoragice sau ischemice), post-traumatice.

El permite totodată o mai bună explorare a îmbinării cervico-occipitale și a măduvei cervicale.

În domeniul cercetării, explorările prin TDM și prin RMN încep să fie practicate în mod sistematic în anumite afecțiuni (v. Autismul infantil, cap. 16, 3.).

2.2. — TEHNICILE DE EXPLORARE AUDITIVĂ

Depistarea unui defect auditiv, chiar parțial, trebuie făcută cât mai precoce posibil, datorită incidenței pe care această deficiență senzorială o antrenează în comunicarea umană, în special în sfera limbajului (v. Surditatea, cap. 14, 1.). Se distinge audiometria subiectivă și audiometria obiectivă.

Audiometria subiectivă

Permite o evaluare foarte fidelă a pragurilor auditive, valoarea sa fiind fundamentală. Dar necesită cooperarea și participarea activă a copilului, fie că aceasta este conștientă sau inconștientă (tehnica de condiționare). Dificultățile psihologice ale copilului constituie o limită în utilizarea sa. Răspunsul pozitiv este întotdeauna sigur, dar răspunsul negativ nu trebuie interpretat neapărat ca un defect de audiere (refuz sau imposibilitate de cooperare).

Înainte de vârsta de un an, se urmărește în special *reacția de surpriză*: reacția motorie, reacția de oprire, reflexul cohleo-palpebral, modificarea mimicii. Este o formă de depistare grosieră care necesită completări.

De la 1 la 3 ani, *Reflexul de Orientare Condiționată* (ROC) permite trasarea unei curbe audiometrice foarte acurată. Se face în câmp liber și deci nu permite decât trasarea curbei celei mai bune urechi. Se utilizează o reacție de condiționare: copilul întoarce capul către una dintre sursele cuplate la un teatru în miniatură care este iluminat. Numai cooperarea copilului, capacitatea sa de contact pot determina fiabilitatea acestui examen.

După 2 ani și ½ — 3 ani, *metoda Peep Show*⁹ permite, grație utilizării unei căști, un studiu al fiecărei urechi. Este o metodă foarte sigură atunci când condiționarea este posibilă: după fiecare emisie sonoră, copilul apasă un buton, fapt ce îi oferă o recompensă (trecerea unui trenuleț). Această participare activă a copilului întărește condiționarea.

Audiometria obiectivă

Își datorează succesul, îndeosebi la copil, faptului că nu necesită cooperarea subiectului. Se disting aici măsurarea impedanței și metodele electrofiziologice.

⁹ În limba engleză în text. (n. t.)

Măsurarea impedanței. — Permite studiul funcționării urechii medii: în caz de leziune, energia acustică nu este absorbită ci, dimpotrivă, reflectată. Măsurarea impedanței apreciază importanța acestei energii reflectate în funcție de frecvențe.

Se studiază și reflexul stapedian: contracția reflexă bilaterală a mușchului scârței în cursul percepției unui semnal acustic, fapt ce dovedește că subiectul a auzit stimularea.

Metodele electrofiziologice. — Înregistrează fenomenele electrice induse de o stimulare sonoră pe traiectul căii auditive. Potențialul de acțiune al nervului auditiv poate fi captat la fiecare nivel.

Electrocochleografia: este înregistrarea la nivelul cohleei. Este necesară anestezia generală. La copil fiabilitatea metodei este absolută, dar nu dă un răspuns decât pentru frecvențele înalte, fără a preciza ce se păstrează sau nu din frecvențele grave.

Potențialul Evocat al Trunchiului Cerebral, sau Potențialul Evocat Auditiv Cortical: înregistrează unda electrică cu o latență ce variază în funcție de intensitatea și de frecvența sunetului. Înregistrarea pozitivă este fiabilă, dar absența unei înregistrări nu implică în mod necesar absența auzului sau un defect auditiv, în special atunci când există alte perturbări ale electroencefalogrammei.

Limitele metodelor electrofiziologice: sunt imposibil de aplicat înainte de vârsta de un an, imposibil de efectuat în caz de agitație (necesită o mască), sunt neinterpretabile în caz de anomalii pe electroencefalogramă.

2.3. — TESTE PSIHLOGICE

Este numit test o probă standardizată și pe cât posibil etalonată, ce permite compararea rezultatelor obținute de un copil cu rezultatele obținute de un grup martor de copii. Primele teste au fost cele de inteligență (Binet-Simon). Ulterior au fost definite două mari tipuri de teste: testele de nivel și testele de personalitate.

Testele de nivel. — Măsoară reușita sau eșecul la o serie de sarcini standardizate. Ele au ca obiectiv o evaluare a inteligenței, iar rezultatele lor se exprimă în coeficientul de dezvoltare (QD) sau în coeficientul intelectual (QI). Aceste teste sunt studiate în capitolul: „Psihopatologia funcțiilor cognitive“ (v. cap. 9).

Testele de personalitate. — Au ca obiect studiul componentelor afective ale personalității. Ele au la bază stabilirea unei situații pe cât posibil standardizată, care să permită comparații, dar rezultatele lor nu se exprimă cantitativ. Testele

de personalitate nu se finalizează prin stabilirea unui scor. În schimb, ele permit o evaluare calitativă a proceselor psihice care concurează la organizarea personalității. Datorită acestui fapt, toate răspunsurile date la testele de personalitate sunt valide și semnificative, spre deosebire de răspunsurile date la testele de nivel (unde există întotdeauna un răspuns corect și unul greșit).

Printre testele de personalitate se disting chestionarele și testele proiective.

Chestionarele

Construite pe modelul MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) care însă nu este aplicabil decât începând de la 17-18 ani, aceste teste sunt puțin aplicate în mod real la copil datorită constrângerilor materiale (durata aplicării, aspect ușor fastidios pentru copil...).

Testele proiective

Utilizarea lor în psihiatria copilului se bucură de un larg succes. Toate aceste teste au la bază conceptul de proiecție, articulat la rândul său cu noțiunea de percepție. Nu există percepție neutră; orice percepție are la bază un travaliu de interpretare care este în funcție de problematica internă a subiectului. Caracteristica testelor proiective constă în a propune un stimul perceptiv cât mai ambiguu posibil, astfel încât percepția subiectului „proiectează” la maximum propria sa problematică. Pentru ca o astfel de proiecție să poată opera fără preluște, deci pentru ca testul să fie într-adevăr valid, este important ca situația de examinare să fie favorabilă.

Cadrul de aplicare: mai mult decât pentru alte tipuri de teste, contextul întrevederii, personalitatea psihologului și natura relației joacă un rol fundamental. Situația testului proiectiv se bazează în parte pe un paradox: pe de-o parte, examenatorul trebuie să fie cât mai neutru cu putință pentru a nu influența natura percepțiilor și proiecției pacientului, iar, pe de altă parte, același examinator este chemat să favorizeze exprimarea trăirilor celor mai intime ale pacientului.

La copil, situația de examinare prin teste este departe de a fi neutră; ea poate fi trăită ca un control, un fel de examen, o intruziune intolerabilă, un schimb ludic, o posibilitate de expresie... Se pot observa aceste diverse atitudini de la un copil la altul, dar și la același copil de la un moment la altul. Rolul psihologului este tocmai de a oferi cadrul în care copilul să dezvolte cât mai puțin posibil o stare de neliniște, de rezervă, de înărire a apărărilor. Numai o practică foarte îndelungată a acestor teste cu copii de vârste diferite și prezentând o patologie foarte variată poate permite psihologului să găsească, grație experienței și empatiei sale, atitudinea potrivită, la jumătatea distanței între sollicitarea excesivă și neutralitatea rece.

Testul Rorschach

Aplicat încă din 1925 la copil (Löpfé), este unul dintre testele cele mai utilizate, fără altă limită de vârstă în afară de posibilitățile de exprimare verbală. Este alcătuit din 10 planșe, 5 negru, 2 roșu și negru, 3 policrome, compuse din pete non-reprezentative având o simetrie axială.

Demarcarea răspunsurilor, analiza și interpretarea lor, are la bază o grilă de decodificare care ține cont de evoluția genetică a copilului (Dinoretzki, Beizmann). Tehnica de interpretare actuală utilizează în mare măsură concepții psihanalitice (procese primare/procese secundare, nivel de organizare libidinală, natura proceselor de apărare ale eului etc.) pe lângă criteriile obișnuite, centrate pe modurile de aprehensiune.

Raport și Schafer, printre alții, în Statele Unite, N. Rausch de Traubenberg și M. F. Boizou în Franța au contribuit mult la aceste cercetări. Cititorul interesat de acest subiect poate citi cartea remarcabilă de N. Rausch și M. F. Boizou: *Le Rorschach în clinica infanțilă*.

Interpretarea ține cont de datele provenind de la diferite niveluri. Mai întâi trebuie luat în considerare aspectul formal al răspunsurilor și conținuturile lor, în afară de interpretarea problematicii copilului, studiind succesiv:

- modurile de aprehensiune;
- modurile de exprimare;
- conținutul răspunsurilor.

Odată reperate aceste niveluri, interpretarea vizează mai departe diferite axe interpretative:

- axa dezvoltării libidinale (planul oralității, analității, genitalității);
- axa proceselor defensive (natura angoasei, tipul de apărare utilizat);
- axa reprezentărilor de sine și ale imaginilor parentale

Datorită acestui fapt, rezumatul la Rorschach conține două tipuri de rezultate:

— PRIMUL NIVEL privește ansamblul rezultatelor referitoare la modurile de aprehensiune, aspectul formal al răspunsurilor și conținuturile lor imediate: aceste rezultate pot fi grupate în *psihogramă*, unde apar trăsăturile proeminente ale protocolului: procentajul răspunsurilor globale în raport cu cele de detaliu, importanța detaliilor albe, calitatea determinanților formali, frecvența răspunsurilor kinestezice și a răspunsurilor de culoare permițând definirea tipurilor de rezonanță intim, extratensiv, introversiv, ambiegal sau coartat; numărul total de răspunsuri și pe fiecare planșă, numărul de banalități, de răspunsuri „uman” sau „animal” etc. Această *psihogramă* permite stabilirea unor profiluri de personalitate, evaluarea nivelului de dezvoltare genetică a copilului și obținerea unei prime evaluări a modului său de aprehensiune a realității.

— AL DOILEA NIVEL privește studierea naturii proceselor psihice care permit

articularea dintre nivelul perceptiv și nivelul fantasmatic. Este un veritabil travaliu de analiză psihopatologică al cărui obiect nu este de a defini un tip de personalitate, nici un diagnostic psihiatric, ci de a încerca o percepere a modului în care copilul articulează realul care îi este propus cu imaginarul său: cum se operează acest du-te-vino între real și imaginar, ce tip de problematică sau de fantasmatică lasă să se perceapă, ce operații defensive fluide sau copleșitoare utilizează el etc.

Testele tematiche

Există mai multe teste numite tematiche.

— TAT (THEMATIC PERCEPTION TEST — DE MURRAY¹⁰). — Este compus din 30 de planșe reprezentând o scenă cu personaje în situație ambiguă (o persoană pare să privească pe fereastră, un copil așezat în fața unei viorii...); tablouri fără personaje sau cu vagi umbre. Ultima planșă propusă este albă. Pentru fiecare planșă pacientul trebuie să spună o poveste pe care trebuie să o inventeze pornind de la ceea ce îi sugerează materialul. Acest test poate fi aplicat începând de la 11-12 ani.

— CAT (CHILDREN APERCEPTION TEST — DE BELLACK). — Este destinat copiilor mici. Personajele umane sunt înlocuite de animale.

— TESTUL PATĂ NEAGRĂ (L. Corman) reprezintă o serie de desene în care un purceluș cu o pată neagră se găsește în situații care explorează diversele conflicte ale universului infantil, centrate în jurul imaginilor parentale și ale fratrii: oralitate, analitate, rivalitate fraternală, pedeapsă, abandon etc.

— MAI POATE FI CITAT ȘI TESTUL LUI ROSENZWEIG (evaluarea toleranței la frustrare) testul de completare a frazelor, de Bonnet Stein, testul fabulelor de Düss.

Interpretarea acestor teste, în special a TAT, a CAT și „Pată Neagră” este mai puțin riguros codificată decât interpretarea la Rorschach. Totuși se pot regăsi și aici cele două niveluri deja semnalate:

- **un nivel de evaluare a calității formale a răspunsurilor:** structura discursului în sine, calitatea și bogăția frazei...;
- **un nivel proiectiv:** în manieră generală, pacientul tinde să se identifice cu „eroul” principal propus de imagine. Analiza acestor procese de identificare (sau de non-identificare prin refuz sau evitare) permite o abordare a organizării dinamice a personalității.

¹⁰ În limba engleză în text: Testul Aperccepției Tematiche. (n. t.)

Alte situații de teste proiective

Acestea sunt foarte numeroase. În general sunt mai puțin bine codificate decât testele precedente. Putem cita cu titlu de exemplu:

— TESTUL SATULUI (MONOD). — Constă în construirea unui sat, cu ajutorul unor materiale reprezentând diverse case și clădiri. Există o grilă riguroasă de interpretare.

— SCENO-TEST — DE G. VON STAABS. — Prezintă un interes particular deoarece se află la intersecția dintre o situație de evaluare, un interviu clinic și o abordare terapeutică; este vorba despre o cutie ce conține un număr mare de jucuri, animale, personaje umane adulte, copii și bebeluși, obiecte menajere miniaturale etc., cu care copilul este invitat să construiască un decor sau să inventeze o poveste. Standardizarea materialului, semnificația simbolică precisă, evantaiul larg de posibilități oferite, permit în același timp comparații de la un copil la altul, interpretarea principalelor tendințe proiective ale copilului, stabilirea unui contact infraverbal cu un copil mic sau deosebit de inhibat în utilizarea limbajului etc. Este un test foarte util în situația clinică, pentru copii de la 2 la 6 ani.

— TESTUL OMULEȚULUI, TESTUL FAMILIEI REALE SAU IMAGINARE, TESTUL ARBORELUI. — Prezintă avantajul că necesită un material redus (o foaie de hârtie și creion, de unde și denumirea uneori de test „hârtie-creion”). Acestea sunt variante mai mult sau mai puțin codificate de desen al copilului, unde intervin simultan capacitățile practice și ale copilului (de unde și posibilitatea de a evalua un anumit nivel de realizare) și dimensiunea proiectivă.

3. — SCALE DE EVALUARE ȘI SISTEME DE CLASIFICARE

3.1. — CLASIFICĂRILE DIAGNOSTICE

Pornind de la grija pentru rigoarea metodologică și de la necesitatea unei armonizări a limbajului nu numai între o echipă profesională și alta, dar și în comunitatea științifică de la o țară la alta, clasificările diagnostice s-au multiplicat. Clasificările empirice din anii '60, tind să fie substituite de clasificările conținând criterii de validitate însoțite sau nu de glosare (criterii negative de excludere). Ca și în cazul scalelor de evaluare, fiabilitatea, altfel spus concordanța răspunsurilor pentru același tip de pacient de la un clinician la altul, este esențială.

Dincolo de problemele comune oricărui sistem de clasificare în psihiatrie, în domeniul particular al pedopsihiatriei apar dificultăți suplimentare, legate de:

- o semiologie care nu este întotdeauna sau imediat perceptibilă și nici direct evocată de către pacientul însuși (în multe cazuri, părinții sau educatorii sunt cei care avansează o plângere);

- o dependență importantă de anturaj, îndeosebi de familie;
- o semiologie care își schimbă atât expresia cât și semnificația datorită evoluției în funcție de creștere.

Totodată, clasificările diagnostice au tendința de a deveni un instrument indispensabil în domenii cum ar fi acela al cercetării sau al evaluării terapeutice. Pentru a lua în considerare diversele axe de comprehensiune pertinente în psihiatria copilului (cf. cap.: Normalul și patologicul), majoritatea clasificărilor sunt multiaxiale, incluzând între două și cinci axe (ICD-9 UK). Printre clasificările cele mai uzuale vom cita DSM-IV (Manualul diagnostic și statistic al tulburărilor mentale, ediția a IV-a), CIM 10 (Clasificarea internațională a maladiilor, ediția a 10-a) și clasificarea franceză recent propusă de Mises & col. Sunt în curs de elaborare noi revizui ale DSM și CIM. Am ales să nu prezentăm în detaliu aceste clasificări ce acoperă în mod evident întreaga semiologie și nosografie descrisă în continuare în această lucrare. Cititorul interesat va putea găsi în aceste manuale specifice sau în anumite numere din revistele specializate detalii referitoare la diversele axe și cotații ale acestor clasificări (cf. bibliografia).

Utilizarea acestor scale și clasificări suscită unele controverse. Fără a intra într-o astfel de dezbateri, vom spune doar că acestea devin din ce în ce mai indispensabile în domeniul cercetării, al epidemiologiei și al evaluării. Totodată, prin însăși concepția lor, aceste scale de clasificare au tendința de a înfățișa partea cea mai vizibilă a comportamentului în detrimentul aspectelor mai structurale (organizarea personalității, dinamica individuală și familială etc.). Din acest motiv este adevărat că interesul lor pare mai limitat în fața unui caz particular cu care este confruntat clinicianul. Ele reprezintă însă un instrument ce dezvoltă riguroarea, sprijinind reflecția și clarificarea demersului diagnostic în pedopsihiatrie.

3.2. — INTERVIURILE STANDARDIZATE ȘI SCALELE DE EVALUARE

În acord cu ceea ce se observă în psihiatria adultului, utilizarea interviurilor standardizate și a scalelor de evaluare tinde să crească în pedopsihiatrie urmărind aceleași obiective:

- permiterea unei comunicări între echipe;

- susținerea cercetărilor în special în domeniul epidemiologic;
- autorizarea unei evaluări mai riguroase a diverselor acțiuni terapeutice întreprinse.

Distincte de testele psihologice (teste de nivel sau teste de personalitate) și de clasificările diagnostice, interviurile standardizate și scalele de evaluare sunt alcătuite din chestionare, din liste de simptome (check-list), din inventare, scale de apreciere sau de evaluare (rating scale). Ele procedează fie prin autoevaluare (posibilă doar de la o anumită vârstă și necesitând cooperarea subiectului), fie prin observația externă (a unui profesionist: medic, asistentă sau neprofesionist: părinte, rudă apropiată, educator...).

Marea dificultate metodologică întâmpinată de aceste interviuri și scale o constituie desigur definiția:

- **validității** lor (ce se măsoară efectiv?), fiind o diferență între *validitatea externă* în raport cu un instrument identic cunoscut și *validitatea internă* evaluată prin analiza multivariantă;

- **fidelității** lor (constanța rezultatelor la același subiect de la un moment la altul: *fidelitatea test-retest* sau de la un observator la altul: *fidelitatea interexaminator*);

- **sensibilității** lor (capacitatea de discriminare între un subiect și altul);

- **specificității** lor (capacitatea de a măsura diferențele între patologii).

În pedopsihiatrie, una dintre dificultățile întâmpinate de aceste diverse instrumente rezidă în concordanța lor sau nu în funcție de diferitele surse de informație (copilul însuși, părinții, educatorii, persoanele specializate...). O altă dificultate ține de nivelul de dezvoltare a copilului și de necesitatea unui limbaj adaptat: este cazul în special pentru acele instrumente ce acoperă un interval important de vârste (spre exemplu de la 6 la 17 ani). În fine, toate aceste instrumente cotează mult mai ușor patologia comportamentală, vizibilă și pusă în acțiune, decât patologia interiorizată, care tinde să „orienteze” întrucâtva ponderea acestor diverse simptome.

Numărul mare de astfel de „instrumente”, crearea recentă a unora sau scoaterea rapidă din uz a altora, precum și absența unui consens general ne determină să nu le enumerăm pe toate.

Interviurile standardizate își propun ca obiectiv o culegere sistematizată a datelor. Ele sunt construite în raport cu un sistem de clasificare, cel mai adesea fiind vorba de una dintre versiunile DSM. În general sunt construite într-o perspectivă categorială (răspuns da/nu) cu scop diagnostic și nu iau în considerare intensitatea (punctul de vedere dimensional). Aplicarea lor este adesea lungă și fastidioasă: utilizarea lor este rezervată cercetării. Putem cita: DISC și DISC-R

(Diagnostic Interview Schedule for Children - Revisted¹¹; tradus și în limba franceză) pentru copii și adolescenți de la 6 la 17 ani, ce abordează 13 rubrici diagnostice diferite în raport cu DSM-III; DICA - nu este tradus în franceză.

Interviurile semi-structurate propun o formulă de compromis între interviul liber și interviul structurat. Formularea întrebărilor este indicativă în acest sens. Acestea se bazează pe descrierea detaliată a simptomelor și conduc la diagnosticul clinic. Și acestea sunt utilizate în „populația psihiatrică” în scopul cercetării. Putem cita: Kiddie-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children: Puig-Antich și Chambers, 1978) tradus în limba franceză; ISC (Interview Schedule for Children: Kovacs, 1982); CAS (Children Assessment Schedule: Hodges, 1982)....

Scalele de evaluare explorează anumite sectoare ale patologiei. Ele nu au un obiectiv diagnostic, ci unul cantitativ, aceste scale adoptând în general o perspectivă dimensională. Au fost construite scale de evaluare pentru:

- anxietate: vom cita dintre autochestionare: scala revizuită pentru anxietate manifestă la copil: R-CMAS; scale de evaluare a fricii, de Wolpe și Lang. Dintre heterochestionare: scala lui Conners, pentru părinți și educatori, scala prescurtată pentru anxietate, de Tyrer și col., destinată adulților care observă copilul;
- depresie: Children Depression Inventory: CDI (Kovacs & Beck, 1977), Center for Epidemiological Studies Depression Scale: CES-DC (Faulstich, 1986), Children Depression Rating Scale - Revisted: CDRS-R (Poznanski, 1979, 1984);
- tulburări de deficit al atenției (Teacher Rating Scale, de Conners: CTRS; Parent Rating Scale, de Conners: CPRS);
- nou-născut și bebeluș (scala Brazelton, scala Brunet-Lézine);
- autism infantil precoce (scala chestionar propusă de Rimland, de Ruttemberg, de Freeman, de Schopler, de Kuvig, de Lelord & col., etc.).

BIBLIOGRAFIE

- ANZIEU D.: *Les méthodes projectives*. PUF, Paris, ed. a V-a, 1976.
 ARFOUILLOUX J.C.: *L'entretien avec l'enfant*. Privat, Toulouse, 1975.
 BEIZMANN C.: *Le Rorschach de l'enfant à l'adulte*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, ed. a II-a, 1974.
 CONSTANT J., COMITI F., AMOUR J.-P.: *La consultation médicale en psychiatrie infanto-juvenile*. Doin, Paris, 1983.

- CORMAN L.: *Le test de Patte Noire*. PUF, Paris, 1966.
 CORMAN L., MARCHAL J.: Le test P.F. de Rosenzweig practiqué selon la méthode des préférences identifications. *Neuropsych. de l'enf. et ado.*, 1979, 27 (12): 529-536.
 COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS: Magnetic resonance imaging of the central nervous system, *JAMA*, 1988, 259, 1211-1222.
 DUGAS M., LE HOUZEY M.-F.: Nosologie et système du recueil des données en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Psych. Enf.* 1988, 31, 1, 5-48.
 DSM-III-R. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction de l'anglais sous la direction de J.D. Guelfi. APA, 1989.
 Mises R. & coll.: Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Psych. Enf.* 1988, 31, 1, 67-134.
 MOATTI L.: Les investigations audiologiques chez l'enfant. *Perspect. psychiat.*, 1975, 52, 189-194.
 MOOR L.: Tests psychologiques d'intelligence et d'affectivité. *Pédiatrie*, 4101 G 75, EMC, Paris, 1971.
 Numéro spécial: évaluations cliniques en pédopsychiatrie. *Neuropsych. enf.* 1986, 34, 2-3.
 RAUSCH DE TRAUBENBERG N., BOIZOU M.F.: *Le Rorschach en clinique infantile*. Doinod, Paris, 1977.
 SHENTOUB V.: Conflits et structure dans le TAT chez l'enfant. *Rev. Neuropsych. inf.*, 1963, 11 (5-6), 305-310.
 SHENTOUB V.: A propos du normal et du pathologique dans le TAT. *Psychol. française*, 1973, 18 (4), 251-259.
 TOUTOU D.: Tomodensitométrie en neuroradiologie infantile. *Pédiatrie*, 4090 B 06, EMC, Paris, 1978.
 VON STAABS G.: *Le Scéno test*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1973.
 WIDLÖCHER D.: *L'interprétation des dessins de l'enfant*. Dessart, Bruxelles, 1965.
 YOUNG J.G.: *Entretiens diagnostiques structurés pour enfants et adolescents*, PUF, Paris, 1994.
 ZAZZO R. & coll.: *Manuel pour l'examen psychologique de l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1969.

¹¹ În limba engleză în text. (n. t.)

PARTEA A DOUA

STUDIUL PSIROPATOLOGIC
AL CONDUITELOR

4 PSIHOPATOLOGIA CONDUITELOR DE ADORMIRE ȘI DE SOMN

1. — GENERALITĂȚI

Clinica tulburărilor de somn la copil este de o mare varietate, la toate vârstele, dar trebuie să subliniem încă de la început importanța extrem de mare a perturbărilor precoce. Ca orice conduită deviantă, semnificația unei tulburări de somn nu este univocă: ea depinde de însăși natura acestei tulburări, de intensitatea sa, de semnele asociate, de vârsta copilului și de evoluția acestuia. Totodată, în ultimii ani atenția s-a îndreptat asupra tulburărilor grave de somn ale bebelușului: prezența lor este adesea indiciul unei perturbări profunde a primelor rudimente ale organizării personalității.

În afară de asta, de la introducerea și utilizarea pe scară mai largă a înregistrărilor electroencefalografice, studiul tulburărilor de somn s-a transformat complet: acesta a devenit un domeniu privilegiat de confruntare fructuoasă între cercetători provenind din domenii diferite, uneori în mod tradițional divergente.

1.1. — SOMNUL: ASPECT ELECTROFIZIOLOGIC

Dezvoltarea electrofiziologiei a bulversat profund cunoștințele anterioare asupra somnului copilului, cunoștințe care până atunci se redusese la o vagă estimare cantitativă. Înregistrările prelungite ale EEG nocturne au pus în evidență atât similaritatea morfologică a diverselor stadii de somn repetate la adult sau la copil, cât și diferențele în repartitia cantitativă a acestor stadii.

Fapt fundamental, caracteristicile somnului evoluează foarte rapid în cursul primelor luni de viață. Să reamintim pe scurt principalele faze ale somnului descrise pornind de la înregistrările electrice. Somnul se împarte în două mari faze:

Faza somnului paradoxal (SP), paradoxal deoarece EEG-ul este apropiat de un EEG în stare de veghe, în vreme ce pragul de stimulare a trezirii este deosebit de ridicat. Faza aceasta mai este denumită și faza mișcărilor oculare (*PMO*), sau *REM* – *Rapid Eye Movement*) sau faza de somn rapid. În cursul ei se constată:

- o activitate electrică rapidă, puțin diferențiată de cea care se înregistrează în stare de veghe;
- existența mișcărilor oculare rapide;
- o relaxare a tonusului muscular la adult sau la copil începând de la vârsta de 2 ani, în vreme ce la nou-născut se remarcă existența unor mici mișcări ale extremităților sau ale feței, uneori ale axului corporal, dar o inhibiție a activității tonice.

Faza somnului calm sau lent este lipsită de activitate motorie, cu unde lente pe EEG. Această fază se împarte la rândul său în stadiile I, II, III și IV, în funcție de ritmul și amplitudinea undelor electrice, mergând de la somnul lejer (stadiul I) până la somnul profund (stadiul IV).

În cursul somnului se observă o alternanță periodică a acestor faze: SP precede în mod obișnuit o fază de somn lent și profund. Semnificația acestor două tipuri de somn ar fi de asemenea diferită, somnul lent fiind acompaniat de o reconstituire energetică sau de o sinteză proteică (în cursul somnului lent, hormonul de creștere prezintă un vârf de secreție), în vreme ce SP ar corespunde experienței visului (v. 1.3.).

1.2. — DISTINCȚIA DINTRE SOMNUL ADULTULUI ȘI SOMNUL COPILULUI

Somnul copilului se distinge de cel al adultului prin patru particularități.

Valoarea cantitativă

Un nou-născut doarme în medie 16-17 ore pe zi în tranșe de câte 3 ore, repartizate de-a lungul nictemerului. La vârsta de trei luni, copilul doarme în continuare 15 ore, dar într-un ritm diferit, cu faze de somn mai lungi în timpul nopții (până la 7 ore consecutive) și momente de veghe prelungită în timpul zilei. Somnul de zi (siesta) dispare către vârsta de 4 ani; apoi cantitatea totală de somn se diminuează progresiv: 13 ore către vârsta de 1 an, 12 h 30 minute între 3 și 5 ani, 9 h 30 minute între 6 și 12 ani, 8 h 30 minute între 13 și 15 ani. Totuși, există mari variații interindividuale: astfel, Parmelee poate distinge încă din prima zi de viață nou-născuții cu somnul scurt și pe cei cu somnul lung.

Repartiția fazelor de somn

La naștere, somnul paradoxal ocupă aproximativ 50% din timpul somnului. Acest procentaj se reduce apoi progresiv, pentru a ajunge la o proporție de 20% la vârsta adultă. Durata medie a unui ciclu de somn (un ciclu este timpul ce separă două faze SP) este 60 de minute la copil, în loc de 90 până la 120 minute cum este la adult. Somnul lent se observă în principal în primele patru ore de somn, în vreme ce SP domină către sfârșitul nopții.

Perioada inițială de somn

La nou-născut și la copilul mic (înainte de vârsta de 2 ani) se observă o fază de SP precoce, la 30-45 de minute după adormire. În schimb, la copilul mai mare, intervalul de timp până la apariția SP este deosebit de lung (aproximativ 120 de minute), cu o primă fază de SP atipică și incompletă. Unii autori (Braconier) văd în acest fenomen una dintre sursele fragilității primului somn al copilului și a accidentelor paroxistice ce survin atunci, cum sunt teroarea nocturnă sau somnambulismul.

Semnificația somnului evoluează

Trebuință pur fizică (alternanța somn/sajetate și veghe/foame) la nou-născut sau la bebelușul sub 3 luni, somnul devine treptat, sub acțiunea conjugată a ritmicității endogene și a presiunii din mediul înconjurător, o funcție relațională fundamentală. Vom reveni asupra acestui aspect.

1.3. — SOMN ȘI VIS

Corelația electrofiziologică

Nu mai există nici o îndoială că SP corespunde activității visului: subiecții (copii sau adulți) treziți în momentul unei faze de SP își amintesc întotdeauna cu claritate de un vis, fapt care nu se întâmplă când sunt treziți în timpul somnului profund. S-a mai observat o corelație între intensitatea dramatică a visului și intensitatea manifestărilor proprii SP (pauzele respiratorii, accelerarea cardiacă). În fine, experimentele pe animale au arătat că faza de SP este acompaniată de activități automate atunci când este înlăturată inhibiția motorie prin distrugerea centrilor inhibitori (Jouvet). Se remarcă o evoluție a fazelor de SP în cursul nopții, acestea fiind mai importante către sfârșitul nopții, cu o activitate onirică accentuată și, se pare, mai puțin anxioasă (Snyder).

Funcția visului și a somnului paradoxal a primit explicații variabile:

- funcție de maturizare, în opinia unora, care argumentează prin importanța

cantitativă crescătoare a SP până la naștere și apoi descreșterea sa progresivă (Roffwarg);

- funcție de eliberare și descărcare a tensiunilor instinctuale (Dement);
- funcție de programare (Jouvet), urmele mnezice lăsate de experiența diurnă fiind integrate, legate și programate în cursul SP: în această ultimă ipoteză, somnul, în special SP, ar juca un rol de prim plan în cadrul capacităților de adaptare între echipamentul genetic și aportul mediului. El s-ar afla în egală măsură la baza funcțiilor de retenție mnezică și învățare.

Abordarea psihanalitică și psihogenetică

Începând cu lucrările lui Freud, somnul și visul ocupă un loc important în teoria psihanalitică. Fără a avansa echivalențe simpliste și reduționiste între două domenii de cercetare foarte heterogene, domeniul electroencefalografiei, pe de-o parte, și domeniul psihanalitic și psihogenetic, pe de altă parte, am putea spune că unele ipoteze emise în aceste domenii se suprapun, în vreme ce altele par incompatibile, după cum vom vedea.

Pentru Freud, visul este un compromis între „realizarea unei dorințe imaginare inconștiente” și efectul de slăbire a cenzurii, devenită mai tolerantă datorită somnului, asociat totodată cu menținerea activității preconștiente care protejează somnul. Fără a reveni aici asupra travaliului visului, adică a mecanismelor mentale ce formează preludiul la elaborarea onirică (figurare, condensare, deplasare), visul este considerat de Freud ca un fenomen pasiv de descărcare a dorințelor inconștiente și ca un „gardian al somnului”: el face posibilă continuitatea acestuia din urmă legând energia instinctuală ce amenință psihismul cu o efracție traumatică. Acest rol de legare și de menținere a continuității a fost reluat de Fain și David, într-o perspectivă ușor diferită de aceea a lui Freud: visul ar fi un instrument în serviciul mecanismelor de integrare a Eului, permițând legarea energiei instinctuale a Sinelui de reprezentări psihice, deci crearea unor scheme de interacțiune ce unesc afectul de o reprezentare psihică, scheme pornind de la care activitatea psihică poate fi progresiv legată (Houzel, Braconnier).

La rândul său, M. Khan distinge „narațiunea visului” și „experiența visului”. Un „vis bun este un vis care, grație unui travaliu oniric reușit, încorporează o dorință inconștientă și face posibil în acest fel, pe de-o parte, ca somnul să se continue, iar pe de altă parte, rămâne disponibil experienței psihice a Eului odată ce persoana s-a trezit”. În schimb, „narațiunea visului” este rezultatul unui eșec: procesul fiziologic al visului rămâne clivat de experiența pe care o are ca subiect, și nu are valoare pentru elaborarea conflictelor interne. Într-un fel, narațiunea visului este rezultatul unei introiecții, în vreme ce experiența visului provine dintr-o interiorizare (Houzel).

La copil, dincolo de evoluția nevoilor cantitative în somn, distincția dintre narațiunea visului și experiența visului permite abordarea problemei apariției funcției onirice. Imageria visului este deosebit de bogată, dar nu se poate obține o povestire a visului înainte de vârsta de 2-2½ ani. Este motivul pentru care L. B. Ams consideră că visul apare către vârsta de 2 ani. În schimb, alți autori, raportându-se nu la narațiune, ci la ceea ce ar constitui o experiență preverbală, estimează că experiența onirică de satisfacere halucinatorie a unei dorințe ar fi mult mai precoce, diverșii organizatori ai vieții psihice definiți de Spitz servind la reperarea evoluției (Fain, Kreisler). În mod sigur, având în vedere atât datele rezultate din cercetările electroencefalografice cât și din observarea comportamentului bebelușilor în timpul somnului, și din datele oferite de psihologia genetică, preformele visului apar încă din primul an de viață. Natura viselor este extrem de variată: vis-realizare a unei dorințe, vis-retrăire a evenimentelor trecute agreabile sau nu, vis de pedeapsă, vis de angoasă sau coșmar. În funcție de gradul de maturizare a copilului, de capacitățile sale de exprimare, de propriile sale trăiri, povestirea visului poate fi foarte variată. Majoritatea studiilor (Foulkes, Zlotowicz, Braconnier) au fost efectuate pe copii cu vârsta între 6 și 12 ani: acestea indică, pe de-o parte, relația strânsă între viața psihică în starea de veghe și activitatea onirică, iar pe de altă parte, evoluția acestei activități onirice în cursul nopții. Visele de la sfârșitul nopții sunt adesea mai agreabile, mai bogate, atât în planul vocabularului cât și al temelor relate. Visele angoasante sunt deosebite de frecvente, dar anumiți autori consideră că un „bun vis” este refutat astfel că este uitat la trezire; doar coșmarul este reamintit, de unde și evidenta frecvență a acestuia.

Funcția și semnificația somnului evoluează și ele cu vârsta, explicând în parte anumite conduite patologice. Dacă la început alternanța somn/veghe depinde în mod strâns de alternanța satisfacere/trebuiță, foarte rapid dimensiunea dorinței, capacitatea de regresie, natura relației cu mama, vor modifica acest ritm binar. O dată cu maturizarea psihofectivă, somnul și visul vor putea traduce:

- fuziunea cu mama (bună sau rea);
- aneantizarea, dispariția sau moartea;
- separarea, pierderea sau abandonul;
- renunțarea la autonomie sau la control;
- amenințarea emergenței pulsionale și a conflictului oedipian.

Astfel, pentru a dormi, copilul trebuie să poată să se bazeze, să se sprijine pe o bună imagine fuzională mamă-copil, protectoare, să accepte această regresie și să o investească printr-o încărcătură libidinală neamenințătoare. Rolul anturajului este tocmai acela de a amenaja aria tranzițională pentru adormire (Soulé), pentru ca regresia să poată fi acceptată, sau chiar dorită. Frecvența

perturbărilor sau a dificultăților de adormire la copii este o ilustrare a *contrario* a fragilității acestei arii intermediare de adormire.

Confruntarea (Braconnier) dintre teoriile psihogenetice sau psihanalitice și datele electroencefalografice este fructuoasă, deși este important să ne abținem de la orice echivalență simplistă. Anumite ipoteze emise de Freud par puțin compatibile cu informațiile actuale asupra fiziologiei somnului: astfel, recurența regulată a SP și a activității onirice, cu diversele sisteme neuro-regulatorii de tip inhibitor ce le acompaniază este în antiteză cu o declanșare pasivă a visului. La fel, rolul de gardian al somnului nu este în concordanță cu rezultatele experimentelor de privare de SP: se pare că există o strânsă legătură între activitatea psihică în stare de veghe și activitatea psihică onirică. În schimb, rolul de descărcare a tensiunilor instinctuale și mai ales funcția de legare a stării afective de bază de o reprezentare psihică pare să fie în concordanță în ambele domenii de cercetare.

2. — STUDIU CLINIC

Studiul clinic al tulburărilor somnului este foarte bogat și variat. Noi distingem conduitele legate de adormire (insomniile precoce și tardive, ritualurile de adormire, fobia de adormire etc.) și conduitele patologice care apar în cursul somnului.

Reamintim că adormirea corespunde unui moment în care se afirmă trebuințele și/sau dorințele contradictorii și în același timp, așa cum am văzut, înregistrările electrice au permis descoperirea fragilității somnului inițial al copilului, marcat de o primă fază de SP incompletă, „ratată”.

În ce privește tulburările care survin în cursul somnului, acestea prezintă întotdeauna o legătură particulară cu SP, substituindu-i-se, împiedicându-l sau modificându-l (teroare nocturnă, somnambulism, enurezis). Această legătură cu SP trebuie să conducă la o interogație asupra „funcției psihice” a conduitei aparent banale sau cunoscute ca benigne, dar care pot reprezenta primele piedici în libera desfășurare a vieții fantasmatică.

2.1. — PATOLOGIA DE ADORMIRE

Insomnia din primul an

Tulburare foarte frecventă, cu semnificații desigur foarte diferite în funcție de gravitate, insomnia precoce reflectă întotdeauna o dificultate de relaționare între bebeluș și anturajul său.

În **insomnia comună** este vorba cel mai adesea de condiții nepotrivite sau neîndemănare (rigiditate excesivă a orei de masă, excese ale rației alimentare, condiții acustice inadecvate), dar care pot indica dificultăți precoce de adaptare între bebeluș și mama sa. Insomnia cedează în mod obișnuit o dată cu ameliorarea acestor condiții defavorabile.

Insomnia precoce severă se prezintă cu totul altfel. Poate fi:

— o **insomnie agitată**: bebelușul nu încetează să țipe, să plângă, se agită și nu se calmează decât pentru scurte momente, epuizat, pentru ca imediat să înceapă din nou să plângă. Uneori această insomnie este însoțită de mișcări ritmice: balansare violentă sau chiar conduite auto-agresive;

— o **insomnie calmă**: bebelușul stă în pătuțul lui, cu ochii larg deschiși, tăcut, zi și noapte. Lasă impresia că nu cere nimic, nu așteaptă nimic.

Asemenea insomnii severe sunt rare, dar studiul antecedentelor patologice ale copiilor autiști sau cu psihoză precoce a permis punerea în evidență a frecvenței lor în prima perioadă de dezvoltare a acestor copii. Astfel de insomnii par să traducă un eșec al capacității de regresie precoce a bebelușului, în special a posibilității de a regresa la o bună imagine fuzională protectoare mamă-copil, pe care în mod normal se sprijină somnul bebelușului (Faim).

În opinia unor autori, insomnia precoce gravă ar traduce eșecul mamei în rolul său de protectoare a somnului copilului. Frecvența stărilor depresive, sau de angoasă profundă, de nevroză mai structurată la mamele ai căror bebeluși prezintă tulburări grave de somn este un argument în acest sens, la fel ca și ameliorarea concomitentă cu ameliorarea dificultăților mamei.

Oricum ar fi, existența unei insomnii precoce severe trebuie să atragă atenția clinicianului: este vorba despre un simptom îngrijorător ce necesită o investigație psihodinamică aprofundată a interacțiunilor familiale, în special cele dintre mamă și copil, ce necesită adesea instituirea unei psihoterapii a cuplului mamă-copil (A. Doumic).

Dificultăți de adormire ale copilului

Sunt mult mai banale, făcând aproape parte din dezvoltarea normală a oricărui copil, în special între 2 și 5-6 ani. La această vârstă, copilul aflat în plină achiziție a motricității, acceptă cu dificultate regresia pe care o implică adormirea, cu atât mai mult cu cât apariția primelor vise de angoasă face din somn o stare neliniștitoare: copilul se opune să se culce, instaurează diverse ritualuri, reclamă un obiect contrafobic (lumină, obiect tranzițional, degetul mare), are nevoie ca unul dintre părinți să îi spună o poveste... Amenajarea acestei „arii tranziționale” între veghe și somn, moment aconflictual, trebuie să permită copilului să-și restabilească sentimentul de omnipotență și să creadă în capacitatea sa de a

controla atât pulsunile cât și această regresie (Soulé). Părinții presimt această nevoie și încearcă să creeze sau să favorizeze dezvoltarea acestei arii intermediare, satisfăcând cererea, spunând o poveste, petrecând timpul necesar cu copilul lor.

În manieră opusă, majoritatea dificultăților de adormire dovedesc o dificultate în a amenaja această arie tranzitională:

- **sie datorită condițiilor exterioare defectuoase:** zgomot, coabitarea în camera părinților, iregularitatea excesivă a orelor de culcare;
- **sie datorită unei presiuni externe inadecvate:** rigiditate excesivă, opoziția față de părinți a unui copil care dorește să păstreze controlul asupra acestei situații sau propria autonomie;
- **sie datorită unei stări anxioase sau unei organizări conflictuale interne,** ce face redutabilă regresia indusă de somn.

Analiza atentă a acestor diverși factori, și a posibilității lor intrinseci, trebuie să fie de la început terapeutică, fără a uita că, uneori, o simplă reorganizare a spațiului poate conduce la dispariția acestor tulburări: să nu mai doarmă în cameră cu părinții, să i se ofere copilului un loc mai liniștit sau mai puțin neliniștit.

Manifestările clinice pot fi diverse:

Opoziția față de culcare. — Copilul plânge, se agită, se dezvelește când este culcat; adesea numai după o lungă perioadă de luptă cu părinții sfârșește prin a fi „dormit” de somn.

Ritmurile de culcare. — Sunt foarte frecvente între 3 și 5-6 ani. Copilul cere ca pernița lui, jucăria, batista, pantofii sau orice alt obiect să fie aranjate într-un anumit mod, întotdeauna același. Alteori cere un pahar cu apă, o bomboană, repetarea aceluiași povești. Aceste discrete manifestări obsesionale traduc încercarea de a stăpâni angoasa suscitată de ruptura relației și emergența pulsională la vârsta conflictului oedipian.

Fobia de culcare. — Se poate reduce la o cerere contrafobică: cel mai adesea lumina, ușa deschisă, dar uneori poate atinge o asemenea intensitate încât copilul este cuprins de panică imediat ce simte că adoarme: vrea să fie ținut de mână, să adoarmă între părinți, în patul lor, într-un fotoliu. Copilul nu poate fi așezat în patul lui decât după ce a dormit. Această fobie de culcare apare în general după episoade de vise de angoasă sau de teroare nocturnă, către 2-3 ani.

Insomnia autentică. — Se observă la copilul mare sau la adolescent, este mult mai rară, deseori fiind remarcată de părinți datorită întâzierii de a adormi: în realitate, înregistrarea electrică arată că, în majoritatea cazurilor, acești preadolescenți sau adolescenți au o cantitate și o calitate normală a somnului, dar decalate la sfârșitul nopții și începutul dimineții: ei dorm mai degrabă între

ora 2 noaptea și prânz decât între orele 22 și 8. Astfel de decalaje ale ritmului nocturnal al adolescentului sunt foarte frecvente. Cauzele pot fi diverse: dorința de stăpânire deplină a propriei vieți, pentru unii inclusiv a ritmului circadian; trezirea angoaselor în fața activității pulsionale intense; culpabilitate față de viața onirică sau masturbare... Nu rarori se observă la adolescență reapariția diverselor conduite de adormire proprii micii copilării, conduse de dispărucă în parte în perioada de latență: așa sunt ritualurile de culcare, fobiile de adormire. Nevoia de a adormi ascultând muzică sau citind până la ore târzii poate fi privită ca un echivalent al amenajării unei arii tranzitionale (Braconnier). Insomnia autentică, adică reducerea semnificativă a timpului de somn, este rară. Ea survine într-un context de criză de angoasă internă, și poate constitui preludivul apariției unui episod psihotic acut, de tip bufeu delirant acut.

Fenomenele hipnagogice. — Se observă între 6 și 15 ani și par să fie destul de frecvente în momentul adormirii (Michaux & Berges). S-au descris senzații cenești (descărcări electrice, tresăriri), vizuale (imagini geometrice, personaje sau animale mai mult sau mai puțin vagi), și mai rar auditive. Prin caracterul lor angoasant, aceste fenomene hipnagogice pot provoca trezirea subiectului și să inducă alte dificultăți de adormire.

2.2. — PARASOMNIILE

Angoasele nocturne

Am regrupat sub acest termen diferite conduite care nu sunt întotdeauna discriminate cu rigoarea necesară, având în vedere că există confuzii între patologia adultului și aceea a copilului. Este vorba despre „terorea nocturnă” sau *pavor nocturnus*, viscle de angoasă, trezirile anxioase. Termenul de coșmar ni s-a părut echivoc în măsura în care, în funcție de autori, acesta desemnează când teroarea nocturnă (coșmarul care apare la adult), când visul de angoasă, când simpla trezire anxioasă. Desigur, în toate aceste cazuri, este vorba despre un episod acut care interferează cu somnul, dar studiul electroencefalografic permite distingerea terorii nocturne în mod riguros întrucât aceasta survine în cursul somnului lent, iar visul de angoasă este legat de apariția unei faze de SP.

Teroarea nocturnă. — Este vorba despre o activitate halucinatorie nocturnă. Brus, copilul începe să țipe în pat, buimac și cu o figură înspăimântată. Nu-i recunoaște pe cei din jur, nici chiar pe mama lui, și pare inaccesibil la orice raționament. În mod obișnuit se observă paloare, transpirație și tahicardie. Criza durează cel mult câteva minute. Apoi copilul adoarme imediat. Aceste terori

nocturne survin la începutul perioadei oedipiene (3-4 ani) și apar în cursul primului ciclu de somn la începutul nopții. În mod obișnuit a doua zi, la trezire, copilul are o amnezie a terorii.

Înregistrările electroencefalografice de noapte au permis precizarea faptului că episodul survine în cursul unui stadiu IV al somnului lent și este caracterizat de apariția de unde lente monomorfe cum se observă la reacția de trezire în unde lente a copilului (Fischer, Benoit).

Astfel de episoade apar la 1 până la 3% dintre copiii sub vârsta de 15 ani și la 6% dintre copiii de vârstă preșcolară. În majoritatea cazurilor aceste terori nocturne se reproduc de câteva ori între 3 și 5-6 ani, apoi dispar. Mai rar, frecvența lor devine regulată, aproape cotidiană, putând să se asocieze cu alte simptome, în special de natură fobică.

În plan electrofiziologic se consideră că teroarea nocturnă este, ca și somnambulismul, o trezire disociată cu o activare neurovegetativă, în vreme ce cortexul rămâne probabil într-un somn lent profund. Ar fi vorba despre o persistență a reacțiilor de trezire imatură observată la 85% dintre bebelușii cu vârsta între 1 și 2 ani (Kales).

În plan psihopatologic, apariția terorii nocturne coincide cu instalarea conflictului oedipian, și pare să traducă emergența unei angoase extreme „*inelaborabile ce afectează aparatul psihic*” (Houzel). Se poate considera că apariția sa intermitentă traduce vicisitudinile primelor tentative neîndemânate de elaborare în fața angoaselor oedipiene. În schimb, persistența acestor terori nocturne indică în general imposibilitatea copilului de a elabora apărări psihice mai reușite, și poate marca întoarcerea pe niște poziții preoedipiene.

Visul de angoasă. — Apare cu o mare frecvență, 30% dintre copii (Casou, Feldman) relatează un astfel de episod survenit recent. Poate fi observat începând de la vârsta de 2 ani. Copilul geme, țipă, plânge, strigă după ajutor. Uneori copilul se trezește, dar cel mai adesea abia a doua zi de dimineață povestește „visul urât”.

Visul de angoasă pare să fie mai frecvent la începutul nopții, în vreme ce visele agreabile predomină către sfârșitul nopții. Procentajul de vise de angoasă în raport cu totalul viselor a fost evaluat diferit și pare să depindă de vârsta copilului, de condițiile de culegere a povestirii visului (psihoterapie, în laborator, anchetă statistică). Dar în toate cazurile visul de angoasă corespunde apariției unei faze de SP.

Ca și în cazul terorii nocturne, visul de angoasă este de mare banalitate, mai ales când apare consecutiv unui eveniment traumatic: în acest caz vedește o structurare progresivă a aparatului psihic și instituirea principalelor mecanisme de apărare (deplasare, condensare...). În schimb, repetarea sa cu regularitate în

fiecare noapte, persistența dincolo de perioada oedipiană sau asocierea cu alte simptome, pot traduce o organizare nevrotică sau chiar psihotică.

Trezirea anxioasă. — Este intermediară între teroarea nocturnă și visul de angoasă. Copilul se trezește, neliniștit, dar fără manifestări halucinatorii; deseori se duce în patul părinților ca să adoarmă din nou. Înregistrările electrice arată că trezirea anxioasă se situează în stadiul III sau IV de somn lent, la începutul nopții (primul sau al doilea ciclu de somn).

Somnambulismul

Somnambulismul predomină la băieți, apare între 7 și 12 ani, în special la copiii la care există antecedente familiale de somnambulism; 6-10% dintre copii de această vârstă fac mai multe episoade pe lună.

În cursul primei jumătăți a nopții, copilul se ridică și merge. Uneori prezintă o activitate complicată, întotdeauna identică. După câteva minute (10 până la 30), se culcă la loc sau se lasă dus în pat. A doua zi nu își amintește de nimic. În forma sa cea mai redusă, copilul, cu ochii deschiși, încearcă numai să se ridice. 15% dintre copii cu vârsta între 6 și 12 ani fac cel puțin un episod, dar numai 1-6% dintre ei prezintă un „somnambulism cu risc” (De Villard), datorită frecvenței episoadelor (2-3 pe săptămână sau mai multe) și a tipului de activitate care poate fi jenantă sau periculoasă (defenestrare).

„Somnambulismul teroare” este o variantă clinică rară (De Villard) ce asociază deambularea și manifestarea terorii. Copilul poate fi agresiv dacă se încearcă sprijinirea sau calmarea sa.

Înregistrările electrice au arătat că somnambulismul survine la începutul nopții, cel mai adesea în stadiul IV care precede cu 10-15 minute o fază de SP, sau în stadiul IV care precede prima tentativă de somn paradoxal. În oricare dintre cazuri, el întrerupe derularea fazei de SP previzibilă în mod normal.

Somnambulismul este izolat la majoritatea copiilor. Numai unii dintre ei prezintă trăsături nevrotice (anxietate, fobii), în special în forma „somnambulism teroare”. Totodată, interferența cu faza de SP, a cărei desfășurare normală o împiedică și, în consecință, posibilitatea unui travaliu oniric, conduce la evocarea ipotezei unui eșec al posibilităților de mentalizare și o deturare a energiei pulsionale spre căile de descărcare motorie (Houzel). Din acest punct de vedere, ar exista o serie de echivalențe între teroarea nocturnă, somnambulism și enurezisul nocturn, fenomene al căror raport cu faza de SP este identic.

Somnambulismul evoluează adesea în mod favorabil, dispărând în mod spontan. În astfel de cazuri abținerea terapeutică reprezintă regula. Atunci când somnambulismul este însoțit și de alte simptome, în special de manifestări anxioase, o susținere psihoterapeutică poate fi utilă.

În toate cazurile trebuie vegheat la securitatea copilului (scări, ferestre, uși care conduc spre locuri periculoase...) în măsura în care sunt posibile accidente în cursul unui acces de somnambulism.

În caz de „somnambulism teroar” sau atunci când crizele sunt foarte frecvente, se poate propune un tratament medicamentos, fie pe bază de benzodiazepine, fie utilizând un antidepresiv (cu precauție aminopetine, De Villars, 1980). Recurgerea la astfel de tratamente medicamentoase rămâne totuși excepțională la copil.

Automatismele motorii: ritmiile din timpul somnului

Ritmiile din timpul somnului vizează în primul rând băiatul. Cu o apariție foarte precoce, dar silențioasă la început, ele devin motiv de consultație atunci când copilul începe să facă zgomot. Aproximativ 4% dintre copii au ritmii (Lacombe).

Clinic. — Acestea apar în mijlocul nopții, durează câteva secunde și se repetă de 3-4 ori pe noapte. Mai rar pot să dureze 15-30 minute. Ritmul lor este întotdeauna extrem de regulat, aproximativ o bătăie pe secundă. Mișcarea în sine este variabilă: întoarcerea capului de la dreapta la stânga, balansarea gabei sau a genunchiului pliat, oscilație amplă antero-posterioară în poziție genopectorală. Mișcarea poate atinge o mare intensitate, să facă mult zgomot și să antreneze deplasarea patului în cameră. Practic, copilul își reglează impulsurile pe frecvența de oscilație a patului ceea ce provoacă un fenomen de rezonanță: asta explică cantitatea redusă de energie consumată.

În plan electric. — Ritmiile se observă cel mai adesea în stadiile lejere ale somnului lent, mai rar în cursul SP. În toate cazurile, traseul electric al somnului este absolut normal. Ritmiile nu au deci nici un raport cu epilepsia nocturnă sau cu orice altă anomalie a somnului și în consecință nu justifică nici un tratament antiepileptic.

Evoluția. — Merge către dispariția spontană în majoritatea cazurilor, începând de la 3-4 ani. Puține cazuri persistă peste această vârstă, dar dispar către pubertate.

Abordarea psihopatologică. — A suscitat puține studii. Copiii nu par să prezinte nici o trăsătură deosebită. Datorită apariției lor în cursul somnului lejer, considerăm apropiate ritmiile din cursul somnului de ritmiile de adormire, similare în plan clinic. În mod evident investirea auto-erotică a corpului și a mișcării de balansare se află în prim plan, constituind o modalitate aparte de amenajare a artei de adormire la anumiți copii.

Conduita practică. — Fără a prezenta vreun inconvenient asupra somnului copilului ca atare, aceste ritmii pot totuși, prin zgomotul pe care îl produc, să trezească întreaga familie. Într-un astfel de caz, o saltea așezată pe podea poate

să împiedice rezonanța patului, atenuând simptomul și suprimând zgomotul. Tratamentele medicamentoase sunt mai degrabă nocive decât utile și deci nu sunt recomandate.

Vom menționa pe scurt câteva automatisme motorii particulare: bruxismul sau scrâșnirea dinților, somnolovcia în cursul căreia copilul mormăie sau vorbește indistinct. Raportul lor cu diversele faze ale somnului nu a fost încă studiat.

Enurezisul nocturn

Cititorul este trimis la capitolul referitor la tulburările sfincteriene. Vom aminti numai faptul că enurezisul nocturn survine puțin înainte de faza de SP împiedicându-i desfășurarea previzibilă, fapt ce apropie această tulburare de teroarea nocturnă și de somnambulism.

Epilepsia nocturnă sau epilepsia morfeică

Nu are un caracter clinic particular în afara faptului că survine în cursul somnului, adesea în momentul trezirii (v. cap. Epilepsie).

2.3. — PATOLOGIE SPECIFICĂ

Apneele din cursul somnului

Sunt rare, dar studiul lor este important deoarece anumiți autori au emis ipoteza că apneea în somn ar putea fi cauza morții subite a bebelușului.

Apneea în somn poate genera o hipersomnie diurnă și treziri nocturne repetate, putând ajunge până la insomnie nocturnă. În cele câteva cazuri studiate (Guilhaume), anumiți copii care prezentau apnee importantă (mai mult de 15 secunde) aveau și o patologie ORL importantă. Amigdalectomia a diminuat frecvența și durata apneelor. În aceste cazuri, părea să fie responsabil factorul obstructiv periferic. Alți cercetători au emis ipoteza unei dereglări centrale a comenzii respiratorii.

Hipersomnia

În fața oricărei hipersomnii sau somnolențe, este important mai întâi să se elimine orice cauză neurologică, așa cum ar fi o encefalită, hipertensiunea intracraniană de orice natură, traumatismul cranian sau o cauză metabolică.

Apoi trebuie stabilite variațiile fiziologice în cadrul nevoii de somn și ritmului nictemeral propriu fiecărui individ, adult sau copil.

În fine, trebuie verificată existența unei eventuale igiene deficitară a somnului (culcări foarte tardive, treziri nocturne repetate din diverse motive, zgomot anormal etc.).

Hipersomnia patologică este rareori diagnosticată în copilărie. Totuși, anamneza adulților care suferă de hipersomnie relevă frecvent un debut în al doilea deceniu de viață (între 10 și 20 de ani), intervalul mediu necesar pentru a ajunge la un diagnostic fiind de 13-14 ani! Se distinge:

Narcolepsia-catalepsia (sindromul Gélinau)

Prevalența sa oscilează între 0,05 și 0,067% (M. Billiard).

Acest sindrom asociază:

- o somnolență diurnă excesivă cu accese irezistibile de somn ce pot dura de la câteva minute până la câteva ore;
- atacuri cataleptice (abolirea bruscă a tonusului static ce durează de la câteva secunde până la un minut, declanșate adesea de emoții, în special cele de natură agreabilă);
- paralizii în cursul somnului;
- halucinații hipnagogice auditive, vizuale sau labirintice, care au deseori caracter înspăimântător;
- un somn întrerupt de numeroase treziri.

Înregistrările poligrafice au pus în evidență faptul că adormirea se produce direct în SP fără a trece prin somnul cu unde lente. Atacurile de catalepsie sunt considerate ca o intruziune în cursul trezirii a inhibiției tonice propriie somnului profund.

Diagnosticul se bazează pe analiza clinică dar și pe „testul iterativ de latență de adormire”. În grupajul HLA există un „profil specific” cu prezența probabilă a unui marcat genetic specific (cercetare în curs).

Dacă acest sindrom se observă în totalitatea sa între 15 și 20 de ani, având un caracter net familial, totuși nu este rară constatarea existenței unuia sau a două simptome în copilărie: hipersomnolența și atacurile de somn diurn ar fi semnele cele mai precoce. Toleranța până la 4-5 ani, aceste manifestări afectează ulterior viața socială a copilului. Printre antecedente se semnalează somnambulismul și o stare hiperactivă (Navelet).

Un tratament medicamentos poate fi propus, fiind eficace în 60% din cazuri (modafinil). O anumită igienă de viață (siesta regulată) ameliorează simptomele.

Hipersomnia idiopatică și ea debutează adesea între 10 și 20 de ani. Prevalența este de 4-5 ori mai mare decât a narcolepsiei. Se manifestă prin asocierea:

- unui somn de noapte prelungit;
- unor dificultăți majore de trezire dimineața;
- o somnolență diurnă permanentă ce nu este ameliorată de siestă (spre deosebire de sindromul Gélinau).

Înregistrarea electrică în timpul somnului relevă o creștere cantitativă globală

cu o creștere și mai importantă a SP. În afara celorlalte date, diagnosticul se bazează pe testul de adormire iterativă.

Sindromul Kleine-Levin se caracterizează prin asocierea episoadelor de hipersomnie cu hiperfagie, tulburări de comportament, de dispoziție și tulburări ale conduitei sexuale. Acest sindrom se observă la adolescent (debut între 15 și 20 de ani). Poate constitui uneori un mod de intrare în psihoză.

BIBLIOGRAFIE

- ANDERS Th.: Etude ontogénique du sommeil du nourrisson. *Confrontations psych.*, Spécia, Paris, 1977, 15, 49-80.
- BENOIT O.: *Physiologie du sommeil*. Masson, Paris, 1984.
- BILLIARD M.: *Le sommeil normal et pathologique*. Masson, Paris, 1994.
- BRACONNIER A., PAILLOUS E., MARTIN M., BENOIT O.: Recherche sur le rêve chez l'enfant: action d'un traceur. *Neuro. psych. de l'enf.*, 1980, 28 (4-5), 167-173.
- DEMENT W.: *Dormir, rêver*. Seuil, Paris, 1981.
- DE VILLARD R., DALERY J., MAILLET J.: Le somnambulisme de l'enfant. *Neuro. psych. de l'enf.*, 1980, 28 (4-5), 222-224.
- FREUD S.: *Le rêve et son interprétation*. Gallimard, Paris, 1925.
- FREUD S.: *La science des rêves*. PUF, Paris, 1950.
- HOUEL D.: Rêve et psychopathologie de l'enfant. *Neuro. psych. de l'enf.*, 1980, 28 (4-5), 155-164.
- HOUEL D., SOULE M., KREISLER L., BENOIT D.: Les troubles du sommeil chez l'enfant. Avec les articles de: Braconnier, Doumic-Girard, Garma, Guillaume. *Expansion scientifique française*, Paris, 1977.
- MAZET Ph., BRACONNIER A.: *Le sommeil de l'enfant et ses troubles*, PUF, Que sais-je?, Paris, 1982.
- LACOMBE J.: Les rythmes du sommeil chez l'enfant. *Neuro. psych. de l'enf.*, 1980, 28 (4-5), 220-222.
- PASSOUANT P., BILLIARD M.: La narcolepsie. *Rev. prat.*, 1976, 26 (27), 1917-1923.

În schimb, vom exclude din acest câmp dificultățile motorii provenind dintr-o atingere organică manifestă a căilor motorii: sechelele encefalopatiei infantile, hemiplegiei infantile... (v. cap. 14, 2.2.).

1. — TULBURĂRILE DE LATERALIZARE

Motiv frecvent de nelinește pentru părinți, în special atunci când lateralizarea pare să se facă la stânga, aceste dificultăți trebuie bine explorate înainte de a favoriza la copil utilizarea preferențială a uneia sau alteia dintre mâini. Începerea învățării scrierii și citirii constituie adesea motivul aparent al consultației și, în general între 5 și 6 ani, este solicitată o opinie de specialitate.

Vom reaminti că începând din jurul vârstei de 3-4 ani apare o preferință laterală, iar de la 4-5 ani, și mai departe, în afara dreptacilor și stângacilor omogeni, rămâne întotdeauna un anumit număr de copii defectuos lateralizați, fără însă ca aceștia să aibă neapărat dificultăți. În populația adultă, procentajele se stabilesc în modul următor: stângaci puri: 4%, dreptaci puri: 64%, ambidextri: 32% (Tzavaras).

Studiul lateralității se face la nivelul ochiului, al mâinii și al piciorului. Prin lateralitate omogenă înțelegem o lateralitate dominantă identică la cele trei niveluri:

— **ochiul dominant** este acela care rămâne deschis când se solicită închiderea unui ochi, sau cel cu care copilul privește printr-un monochu (sul de hârtie) acoperindu-l pe celălalt cu mâna;

— **mâna dominantă** este poziționată deasupra celeilalte atunci când cerem copilului să încrucișeze brațele sau să pună pumnii strânsi unul deasupra celuilalt;

— **piciorul dominant** lovește cel mai adesea mingea, sau este ales pentru a „sta într-un picior“.

Este important să nu i se arate copilului gestul pe care trebuie să-l facă, fiind posibil ca acesta să imite.

Atunci când lateralitatea este omogenă (dreapta sau stânga), nu se pun probleme, chiar dacă „a fi stângaci“ poate complica o serie de gesturi cotidiene (scriere, utilizarea foarfeci, a ibricului...). Nu se poate spune că rata de morbiditate a diverselor tulburări de dezvoltare ar fi semnificativ diferită între o populație de stângaci și una de dreptaci.

Atunci când lateralizarea nu este omogenă, este important să lăsăm copilul complet liber în alegerile sale pentru activitățile uzuale până la intrarea în ultima clasă de grădiniță (5 ani). În cursul acestei clase când este posibilă fie o pre-învățare a scrierii, este mai bine să nu se intervină prea mult dar, spre

5 PSIHOLOGIA CONDUITELOR MOTORII

Acțiunea nu poate fi concepută decât într-o dublă polaritate: pe de-o parte, aceea a unui corp în mișcare angajat într-o acțiune a cărei finalitate o justifică, iar, pe de altă parte, aceea a unui corp în relație cu un mediu susceptibil să influențeze această mișcare. În acest mod, o conduită motorie simplă poate fi diferită în funcție de faptul dacă în momentul respectiv copilul se află singur, în prezența părinților, a unui străin sau a educatoarei.

La nivelul motricității ca atare, se distinge mai întâi tonusul de fond, a cărui evoluție în primele luni de viață este fundamentală, apoi melodia kinetică ce permite înlănțuirea în timp și spațiu a fiecărui moment gestual și, în fine, automatismul gestului. Dar, fapt esențial, există în mod constant o corespondență între tonusul muscular și motilitatea ca atare ce guvernează armonia gestului, precum și o corespondență între tonusul mamei și cel al copilului, veritabil „dialog tonic“.

Frământată la început de hipertonia fiziologică, motilitatea evoluează în ritmul maturizării fiziologice (dispariția reflexelor primitive, achiziția opoziției policelei etc.), dar și în ritmul interacțiunilor posibile cu anturajul care amenajează, orientează câmpul evolutiv al copilului și îi conferă coerență. Achiziția de noi capacități motorii este indisolubilă în același timp de maniera în care copilul se reprezintă și se simte acționând (integrarea unei scheme corporale statice și dinamice) și, pe de altă parte, de maniera în care mediul primește această motilitate și acceptă modificările ce pot rezulta. În acest mod, motilitatea va putea trece de la gesturile de imitație la o activitate operativă în cadrul căreia praxia devine suportul unei activități simbolice.

Integritatea diverselor căi motorii (căile piramidale, extrapiramidale și cerebeloase) constituie în mod evident o condiție prealabilă pentru o realizare satisfăcătoare a gesturilor, dar integrarea schemei corporale statice și dinamice și a relației sale cu mediul și dimensiunea afectivă pe care aceasta o presupune, sunt în egală măsură fundamentale. În domeniul pe care îl vom aborda aici, acest al doilea versant se află adesea la originea dificultăților motorii pe care le întâlnim.

sfârșitul anului școlar, se poate începe o favorizare a utilizării mâinii drepte, cu excepția cazului în care există o diferență importantă în îndemânarea gesturilor în favoarea mâinii stângi. În majoritatea cazurilor utilizarea mâinii drepte nu ridică nici o problemă. Trebuie să amintim însă faptul că învățarea și antrenamentul intervin în mod decisiv până la vârsta adultă în influențarea, sau chiar modificarea asimetriei manuale.

Atunci când par să se manifeste dificultăți motorii. (v. mai jos „disgrafia”), este preferabil de a ajuta copilul printr-o reeducare grafomotorie sau psihomotorie, în sensul larg, axată pe detentă și dobândirea unei bune rezoluții musculare.

Reamintim că în cazul unor leziuni organice (spre exemplu, hemiplegie infantilă), este întotdeauna preferabilă favorizarea utilizării părții nelezate.

În final trebuie să semnalăm un caz particular și paradoxal: existența a ceea ce am putea numi „falși stângaci”. Este vorba despre copiii lateralizați la dreapta, dar care utilizează mâna stângă pentru activitățile cele mai valorizate (în special scrisul). Această utilizare se face fie într-un context de opoziție față de anturaj, fie ca o identificare cu un membru al familiei (părinte, bunic, unchi, mătușă...) care este stângaci. Teama de faimoasa „stângăcie contrariată” conduce uneori la situația în care acești copii se închid într-o alegere nevrotică aberantă, sursă de dificultăți ulterioare. Se înțelege că, într-un astfel de context, reeducarea psihomotorie sau psihoterapia constau în primul rând în a-l face conștient pe copil că este mai îndemânat pe partea dreaptă și în a-i permite eliberarea din alegerea patologică.

2. — DISGRAFIA

Un copil disgrafic este un copil care are un scris de o calitate deficitară în absența oricărei deficiențe neurologice sau intelectuale care ar putea explica această deficiență.

Este dificil de găsit un loc satisfăcător acestei probleme a disgrafiei date fiind multiplele interferențe cu motricitatea ca atare, dar și datorită raporturilor copilului cu învățătorul, a locului pe care achizițiile școlare îl ocupă în dinamica familială, a valorii simbolice a scrisului, a ținerii în mână a stiloului etc. Scrierea, moment semnificativ și transcriere grafică a limbajului, depinde, pe de-o parte, de o învățare școlară ierarhizată, iar, pe de altă parte, de factorii maturativi individuali, în fine, de factorii lingvistici, praxici, psihosociali, care împreună guvernează realizarea sa funcțională. Nu vom aborda aici aspectul pedagogic al scrierii, subliniind numai importanța care trebuie să acordatea legăturii dintre

citire și scriere, valorii expresive a scrierii și în cele din urmă motricității grafice propriie copilului. Referitor la acest ultim aspect, se pare că efectul maturizării funcționale este mai important decât acela al învățării, cel puțin în ce privește copierea scrisului, și asta până în jurul vârstei de 5 ani și 9 luni – 6 ani (Auzias): înainte de această vârstă, copiii sunt, în majoritatea lor, incapabili să execute copii lizibile și să descifreze ceea ce au copiat. În schimb, o dată cu maturizarea motorie și manuală, calitatea învățării devine o variabilă esențială.

Studiul clinic al disgrafiei arată că aceasta se asociază adesea altor serii de dificultăți. Se pot întâlni următoarele asocieri:

- *tulburarea organizării motorii*: debilitate motorie, ușoare perturbări ale organizării cinetice și tonice (dispraxie minoră), instabilitate;
- *tulburare spațio-temporală*: marcată în special de tulburările în organizarea secvențială a gestului și a spațiului, precum și de tulburări de cunoaștere, reprezentare și utilizare a corpului, în special în orientarea spațială;
- *tulburarea limbajului și citirii*: vezi Dislexia și disortografia, cap. 6, 4;
- *tulburări afective*: anxietate, febrilitate, inhibiție, putând merge până la constituirea unui veritabil simptom nevrotic în care semnificația simbolică a scrierii și a creionului ținut în mână devin prevalente. Reale conduite fobice sau obsesionale în fața scrisului se pot manifesta printr-o disgrafie, a cărei caracteristică în această situație este că adesea este izolată, variabilă în funcție de natura scrierii sau a persoanei căreia i se adresează, și contrastează cu o abilitate gestuală și manuală ce se conservă în alte situații (desen).

Aceste diverse origini se pot regropa realizând în cel mai grav caz „impresia de crampă infantilă”, comparabilă cu crampa scriitorului de la adult. Se regăsesc asociate în moduri diverse: stângăcie, paratonie, reacții de catastrofă în fața activității scripturale, dificultăți de lateralizare sau de citire, atitudini conflictuale de tip nevrotic.

Examenul în momentul scrierii pune în evidență o crispare importantă a întregului braț, opriri forțate în timpul scrisului, fenomene dureroase la nivelul mâinii și brațului, transpirație abundentă. Ansamblul acestor simptome determină în mod firesc neplăcerea extremă față de scriere.

Abordarea terapeutică este în funcție de registrul de dificultăți asociate disgrafiei și de semnificația acesteia în organizarea psihică a copilului: reeducarea grafomotorie și psihomotorie atunci când predomină perturbările spațio-temporale și tulburările motorii, relaxarea atunci când distonia pare a fi prevalentă și se organizează o „crampă a scrisului”, ocolirea simptomului și abordarea psihoterapeutică atunci când în prim plan se află dificultățile afective și simptomul pare să se înscrie într-o structură nevrotică.

3. — DEBILITATEA MOTORIE

În 1911, Dupré a izolat o entitate particulară pe care a numit-o „debilitate motorie”, alcătuită prin asocierea:

— **unei neîndemânări a motilității voluntare:** gesturile sunt greoaie, apăsate, parcă împleticite, iar mersul este lipsit de grație. În fața unei sarcini sau a unei suite de gesturi precise, copilul nu se așează bine (stă răsucit pe scaun, în dezechilibru...);

— **sinkinezii**, adică mișcări ce difuzează în grupe musculare care în mod normal nu sunt vizate de un gest precis. Aici trebuie distinse **sinkinezile de imitație**, care difuzează în general pe orizontală (mișcările de prono-supinație de marionetă ale unei mâini difuzează către cealaltă mână), sunt destul de frecvente și dispar treptat în cursul evoluției, și **sinkinezile tonice**, care difuzează în general pe axul vertical (apar mișcări buco-faciale importante atunci când sunt mișcate mâinile, sau mișcări ale brațelor în cursul gesturilor făcute cu membrele inferioare) care apar numai la anumiți copii și persistă în timp. Acestea din urmă par mult mai patologice;

— **în fine, o paratonie**, caracterizată de imposibilitatea sau dificultatea extremă de a obține o relaxare musculară activă. În fața examinatorului care îi susține mâinile sau antebrațele, copilul va păstra aceeași poziție și după ce s-a îndepărtat sprijinul, chiar dacă i se cere să se decontracteze. Această paratonie, ca un fel de contractură ceroasă, care la unii poate să meargă până la catalepsie, reprezintă o piedică majoră pentru o motilitate suplă și armonioasă.

Aceste manifestări pot fi acompaniate de reflexe puțin vii și de semne minime de iritare piramidală. Pentru Dupré, originea organică a acestei debilități motorii era neîndoieabilă întrucât, în opinia lui, ea reflectă un proces de blocare în dezvoltarea sistemului piramidal. În schimb, aceasta trebuie distinsă de anomaliile lezionale ale căilor motorii și de perturbările motorii care acompaniază debilitatea mentală profundă (v. cap. 9, 3.1.).

După descrierea inițială făcută de el, această „debilitate motorie” a cunoscut o extensie remarcabilă și excesivă, întrucât unii autori nu ezitau să includă sub această denumire perturbări ce mergeau de la coree până la bâlbâială, inclusiv ticurile, instabilitatea, psihopatia etc. Se ajunseser astfel la reunirea sub aceeași denumire a unor manifestări de natură și cu origine patologică foarte diferită. Sunt ușor de conceput riscurile unei asemenea extinderi.

În zilele noastre, acest concept trebuie delimitat cu mai multă rigoare. Trebuie excluse sindroamele neurologice care traduc o leziune în focar, și rezervat acest termen dificultăților motorii legate de afecțiile copilului care exprimă atât dificultatea de „a fi în propriul corp”, cât și de a ocupa spațiul și a se mișca în

cadrul unei motilități intenționale și simbolizate suficient de fluidă. „Debilitatea motorie” ca simptom se întâlnește deci la copiii cu o emotivitate invazivă, cu frecvente dar discrete tulburări de schemă corporală și cu o viață fantasmatică dominată uneori de o distincție mediocră între sine și mediu. Totodată, la alții, ea se poate reduce la o stângăcie gestuală a cărei semnificație nevrotică este evidentă, întrucât această neîndemânare este legată de o persoană sau de un mediu specific.

4. — DISPRAXIILE COPILULUI

Nu există frontiere foarte precise între debilitatea motorie gravă și ceea ce numim în prezent dispraxiile copilului. Acestea din urmă se caracterizează prin existența unor perturbări profunde ale organizării schemei corporale și ale reprezentării spațio-temporale.

În plan clinic, este vorba despre copiii care sunt incapabili să efectueze anumite secvențe de gesturi sau care le fac cu foarte mare neîndemânare: să se îmbrace, să-și lege șireturile, să-și încheie nasturii la cămașă, sau să meargă pe bicicletă după vârsta de 6-7 ani. Ei întâmpină dificultăți și mai mari la nivelul realizării unor secvențe ritmice (spre exemplu să bată alternativ din mâini și apoi pe genunchi), în activitățile grafice (disgrafie majoră, mediocritate la desenul omulețului). Eșecul este masiv în ce privește operațiile spațiale și operațiile logico-matematice. Probe cum sunt Bender sau figura Rey pun foarte bine în evidență aceste dificultăți. Toate acestea duc în mod evident la un eșec școlar masiv, în mare parte reactiv la tulburările inițiale. În schimb, limbajul, dacă nu este strict normal, este proporțional mult mai puțin perturbat.

Examenul neurologic este aproape întotdeauna normal; însă probele de imitare a gesturilor, de desemnare a diverselor părți ale corpului eșuează în totalitate sau în parte.

În plan afectiv, se pot distinge două grupe de copii. Primii prezintă dificultăți motorii prevalente, fără trăsături psihopatologice deosebite; se întâlnește desigur o imaturitate sau atitudine infantilă, o inhibiție în contacte, probabil în parte reactivă, deoarece copilul dispraxic este adesea obiectul râsului și glumelor proaste ale colegilor, dar se mențin în cadrul unei dezvoltări psihoaffective sensibile ale colegilor, dar se mențin în cadrul unei dezvoltări psihoaffective sensibile normale. În schimb, celălalt grup manifestă perturbări mai profunde ale organizării personalității ce se traduc în plan clinic prin aspectul bizar, dificultăți de contact și o izolare relativă de grupul de copii. În ce privește testele de personalitate,

acestea relevă adesea o viață fantasmatică invadată de teme arhaice. La astfel de copii se pune problema unei organizări prepsihotice sau psihotice.

În zilele noastre, în fața acestor tablouri complexe trebuie căutate și semnele unei eventuale atingeri genetice ce ar putea fi identificate, cum este cazul sindromului Williams (v. cap. 14, 2.2.).

Abordarea terapeutică este în funcție de profunzimea tulburărilor de personalitate asociate. O terapie psihomotorie, suportul pedagogic sunt necesare și chiar indispensabile. Abordarea psihoterapeutică este deseori necesară.

5. — INSTABILITATEA PSIHOMOTORIE

„Instabilitatea” este unul dintre principalele motive de consultație în pedopsihiatrie. Cel mai adesea este vorba despre băieți (60-80% din cazuri). Uneori solicitarea consultației vine din partea familiei, în special în cazul copiilor de vârstă preșcolară, între 3-4 și 6-7 ani: „nu se oprește”, „nu stă într-un loc”, „pune mâna peste tot”, „nu ascultă nimic”, „mă epuizează”, constituie afirmațiile principale din litania familiei. Alteleori, la vârsta școlară, între 6 și 10-12 ani, învățătorul îi îndeamnă pe părinți să consulte pedopsihiatru, centrând adesea discursul mai mult în jurul instabilității atenției decât a comportamentului: „trece de la una la alta”, „este tot timpul cu capul în nori”, „este distrat”, „ar putea să facă mai mult dacă ar fi atent” etc. De la început se observă, prin aceste plângeri, dubla polaritate a instabilității: polul motor și polul capacităților atenției.

Totodată, este important să limităm cadrul instabilității și să reamintim existența unei perioade la copilul de 2-3 ani, sau mai mult, în care atenția este în mod natural labilă, când motricitatea sa explozivă îl împinge să își înmulțească descoperirile și experiențele. Anturajul nu acceptă întotdeauna cu ușurință această conduită care, din multe motive (atitudinea rigidă a părinților, spațiul locuinței este extrem de redus, exigențe aberante din partea școlii), nu este tolerată. Acest fapt este cu atât mai important cu cât copilul riscă, în fața intoleranței mediului și a exigențelor inaccesibile, să își accentueze această conduită și să se instaleze într-o veritabilă instabilitate reactivă. Să remarcăm legat de acest fapt că viața urbană actuală nu este foarte adaptată nevoilor de descărcare motorie a copilului, dând dovadă de o mare intoleranță față de ceea ce devine cu prea mare ușurință o „instabilitate” patologică. Vom cita printre altele, ritmurile școlare, apartamentele foarte mici, absența spațiilor verzi sau a locurilor de destindere etc.

5.1. — ÎN PLAN CLINIC

Putem distinge deci *instabilitatea motorie* propriu-zisă, în care copilul nu se oprește din mișcare (aleargă dintr-un loc într-altul, încrucișează și descurcișează picioarele sau mâinile atunci când este așezat...) și *neatenția sau instabilitatea psihică*. Aceste două forme de instabilitate sunt adesea asociate, la unii dintre copii una dintre ele putând ocupa primul plan.

Bilanțul psihomotor pune adesea în evidență, dincolo de instabilitatea motorie, o instabilitate posturală și existența unor „reacții de prestație” (Wallon): atitudini emfactice, adutormorfe.

Studiul tonusului permite în opinia unora (Berges) distingerea instabilităților cu paratonie, caracterizate de un fond permanent de contractură sau de tensiune în care instabilitatea apare ca o „scăpare” din această stare de control, și instabilitățile în care bilanțul tonic pare normal însă există numeroase semne ale unei emotivități copleșitoare sau chiar haotice: privire neliniștită, tresăriri importante la cea mai mică surpriză, frământarea mâinilor, bufeuri vasomotorii pe față... Acești copii au aerul de a fi permanent într-o stare de hipervigilență anxioasă, ca și cum mediul ar fi în orice moment susceptibil să devină periculos sau nefiabil.

Restul examenului somatic este normal.

5.2. — CONTEXTUL PSIHOLGIC

Este variabil. Mai întâi, instabilitatea poate să facă parte dintr-o stare reactivă la o situație traumatizantă sau anxiogenă pentru copil. Vom reaminti că, cu cât copilul este mai mic, cu atât modul său de a exprima o suferință sau o stare de tensiune psihică se produce mai ușor prin intermediul corpului. Acțiunea este la început modalitatea cea mai spontană și mai naturală de răspuns. Astfel, instabilitatea reactivă se întâlnește după intervenții chirurgicale, după separări sau despărțiri familiale etc.

La alți copii, instabilitatea pare relativ izolată: nu apar alte dificultăți majore pe alte axe de dezvoltare, echilibrul psihofectiv nu pare în mod manifest perturbat. Nivelul intelectual este normal. Atunci se pune problema nivelului de toleranță al anturajului, în special cel familial, în raport cu acest aspect al comportamentului. Este posibil ca anumiți copii să prezinte în mod congenital o motricitate mai „explozivă” decât alții. În astfel de cazuri, reacția anturajului, printr-o intoleranță sau exigențe prea mari, riscă să fixeze ulterior reacția motorie într-o stare patologică, determinând într-o anumită măsură o anumită manieră de a fi: instabilitatea.

Uneori, acestei instabilități i se asociază alte manifestări psihopatologice: enurezis, tulburări de somn, dificultăți școlare, comportamente agresive cu reacție de prestație, conduite provocatoare și periculoase, o susceptibilitate importantă și tendința la distructivitate sau la autodistructivitate. Uneori copilul caută să se auto-pedepsească sau să se facă pedepsit.

În acest caz, instabilitatea poate să capete semnificația căutării unei auto-pedepsiri, cum se observă la copiii care suferă de un sentiment de culpabilitate nevrotică. În alte situații, instabilitatea este fie răspunsul la o stare de anxietate importantă, fie echivalentul unei apăsări maniacale în fața angoasei depresive sau de abandon.

În fine, instabilitatea se observă și într-o serie de tablouri mai complexe: psihoze infantile precoce (v. cap. 16), prepsihoză sau dizarmonie de evoluție (v. cap. 20).

În plan familial, se întâlnește frecvent la copiii instabili o constelație aparte: mama e foarte apropiată de băiat, dar această proximitate maschează adesea fantasmе agresive sau de moarte; tatăl este îndepărtat, descalificat de către mamă sau descalificându-se singur în relația cu fiul său, uneori exprimând în mod crud agresivitate la adresa copilului, pe care îl percepe ca pe un concurent direct în raport cu mama (Ch. Flaviigny).

Răspunsul terapeutic în fața copilului instabil, în mod evident nu este unul univoc, dar trebuie acordat atât copilului cât și familiei sale. Acesta va fi în funcție de reacția anturajului la instabilitate, reacție ce poate merge de la pedepsă sau constrângere clară la complezență sau chiar la provocare, în funcție de existența sau nu a unor tulburări asociate (eșec școlar, enurezis...), în funcție de profunzimea tulburărilor de personalitate. Astfel, acțiunea terapeutică poate viza fie o reorganizare educativă (recomandări educative adresate părinților sau școlii, practicarea unui sport sau a unor activități recreative), fie o încercare de reinvestire libidinală pozitivă a ansamblului corpului static (relaxare) sau dinamic (diverse jocuri psihomotorii, dans ritmic), fie căutarea de a degaja unele conflicte psihoactive (psihoterapie).

6. — TICURILE

Ticurile constau în executarea bruscă și imperioasă, involuntară și absurdă, a unor mișcări ce prezintă adesea „caricatura unui act natural” (Charcot). Efectuarea lor poate fi precedată de o nevoie, iar reprimarea lor produce disconfort. Voința sau distragerea pot să le suspende temporar. Ele dispar în mod obișnuit în cursul somnului.

Cele mai frecvente sunt ticurile faciale: clipirea plecapelor, încruntarea sprâncenelor, rictus, protruziunea limbii, mișcarea bărbiei etc. La nivelul gâtului se observă ticuri de clătinare, înclinare, negare, rotire; se mai pot menționa ticurile de ridicare a umerilor, a brațelor, a mâinilor, a degetelor, precum și ticurile respiratorii (sforăitul, căscatul, suflarea nasului, tușire, ventilare etc.) sau fonatorii (plescăirea limbii, mormăit, emisia de sunete mai mult sau mai puțin articulate, lătrat).

Aceste ticuri pot fi izolate sau asociate, pot rămâne la fel sau se pot succede la același pacient. Apar cel mai adesea către vârsta de 6-7 ani și se instalează progresiv. Uneori, înainte de a surveni un tic, subiectul resimte o senzație de tensiune, iar ticul vine ca un fel de descărcare ce îl liniștește. Desori ticul este acompaniat de un sentiment de rușine sau de vinovăție, sentimente ce pot fi întărite de atitudinea anturajului.

Trebuie deosebite ticurile de diverse alte mișcări anormale, care nu posedă nici aspectul de apariție bruscă și nici stereotipia acestora: mișcările coreice, gesturile magice din anumite tulburări obsesionale grave (frecarea picioarelor pe preș, atingerea preventivă a unui obiect...), stereotipia psihotică (marcată de finețea și bizazaria gestului), diverse ritmii (ale membrilor, capului etc.) ce sunt mai puțin bruște.

Evoluția permite diferențierea:

- *ticuri tranzitorii*, pasagere, ce pot fi apropiate de diferite obiceiuri nevrotice. Acestea dispar spontan. De departe sunt cele mai frecvente;
- *ticurile cronice* constituie o afecțiune durabilă ce acompaniază o anumită organizare nevrotică.

6.1. — SEMNIFICAȚIA TICULUI

Nu este univocă. Face parte dintre conduitele deviante ce se instalează într-un stadiu particular al evoluției copilului, iar persistența sa poate folosi ca punct de ancorare pentru multiple conflicte ulterioare, datorită acestui fapt luând semnificații succesive, ajungând treptat până la pierderea semnificației(ilor) lor inițiale, pentru a deveni un fel de manieră de a fi profund ancorată în soma.

La început ticul poate fi o simplă conduită motorie reactivă la o situație de anxietate pasageră (în timpul unei boli, la separare...). El traduce totuși o înclinație, la anumiți copii, de a trece afectele, conflictele și tensiunile psihice în sfera motricității. De altfel, asocierea cu o instabilitate este frecventă. În fața acestei înclinații, se poate înțelege că ticul poate deveni o cale privilegiată de descărcare a tensiunilor.

Asocierea între ticuri și trăsăturile obsesionale este de asemenea frecventă.

Este vorba despre copii care se controlează cu mare atenție, care reprimă activ o agresivitate a cărei intensitate poate fi ori ereditară, ori rezultatul unor situații traumatizante reale; ticul la adesea în astfel de situații o semnificație fie direct agresivă, într-o simbolizare grosieră, fie autopunitivă prin întoarcerea agresivității împotriva sa. Contactul cu acest tip de copil cu ticuri este adesea dificil, sau chiar distant. Rareori se întâmplă ca el să evoce spontan simptomul, ajungând uneori să-l nege. Aparent supus și pasiv, această pasivitate maschează în realitate o opoziție puternică. Nu este rar ca desenele sale să fie perfecționiste și riguroase, ticurile manifestându-se în accese ce întrerup acest grafism controlat.

În alte cazuri, ticul ia o semnificație mai directă de conversie isterică. Acest fapt se observă la copiii mai mari sau la adolescenți, ticurile manifestându-se după accidente, intervenții chirurgicale etc.

Indiferent care este semnificația psihodinamică a ticului pentru copil, reacția anturajului, în special a părinților, la primele manifestări ale ticului poate fi determinantă pentru evoluția sa. Observațiile prea insistente, ironiile sau interdicția vor spori anxietatea sau angostă și o vor lega direct de descărcările motorii. Acestea din urmă se vor lega direct de imaginile parentale, aducând cu sine și încălcarea libidinală sau agresivă asociată. Se creează în acest mod o organizare nevrotică, în care ticul servește atât la întârirea conflictului, cât și la descărcarea tensiunii pulsionale, permițând evacuarea întoarcerii refuzului. Semnificația simbolică a ticului este în mod evident variabilă pentru fiecare copil, în funcție de propriile linii de dezvoltare și de propriile puncte conflictuale.

La un nivel mai arhaic, ticul poate surveni la copiii care prezintă grave tulburări de personalitate, evocând organizări psihotice. În această situație el poate lua semnificația unei descărcări directe într-un corp a căruia trăire fragmentată este atât de apropiată încât trebuie să fie permanent sub control și tensiune.

6.2. — ATITUDINEA TERAPEUTICĂ

Majoritatea medicamentelor psihotrope nu au nici o sau au o acțiune foarte redusă asupra ticurilor, cu excepția butirofenonelor a căror posologie eficace cunoaște o mare marjă de variație de la un pacient la altul.

La nivelul familiei, este important ca anxietatea față de acest simptom și reacțiile pe care le generează să fie înțelese, recunoscute și atenuate, dacă dorim ca recomandările (să nu acorde mare atenție ticurilor, să nu le reprime dar nici să nu le supravalorizeze) să fie urmate.

În ceea ce privește copilul, abordarea terapeutică depinde atât de tulburările psihopatologice asociate, cât și de rolul pe care ticurile continuă să îl joace. Se poate propune:

- o terapie psihomotorie sau o relaxare, atunci când ticul are o semnificație esențial reactivă și se asociază cu un comportament motor de tipul instabilității sau neîndemânării;
 - o psihoterapie atunci când simptomul este prins într-o organizare nevrotică sau psihotică ce îi conferă semnificația sa și pe care ticul la rândul său o întărește;
 - o terapie comportamentală de tip „imersiune” sau „decon condiționare operantă” (se cere pacientului să execute ticul în mod voluntar, în fața oglinzii, timp de o jumătate de oră în fiecare zi sau la două zile), atunci când simptomul pare mai degrabă un obicei motor, care și-a pierdut în mare parte semnificația inițială.
- Oricare ar fi tipul de terapie, un anumit număr de copii, deși starea lor se ameliorează, își păstrează ticurile și devin adulți cu ticuri.

6.3. — BOALA GILLES DE LA TOURETTE

Individualizată sub această denumire în DSM-III, boala Gilles de la Tourette se caracterizează prin asocierea:

- de ticuri numeroase, recurente, repetitive, rapide, cel mai adesea la nivelul feței și al membrului superior;
- de multiple ticuri vocale sub formă de coprolalie („cuvinte urâte”), ecolalie (repetarea în ecou a ceea ce a spus interlocutorul), mormăieli, sforăit, lătrături...

Această afecțiune debutează adesea între 2 și 15 ani, este durabilă (un an sau mai mult). Intensitatea ticurilor este variabilă, depinzând în parte de context: subiectul își poate suprima voluntar ticurile timp de câteva minute sau câteva ore.

Asociate acestor manifestări, anumiți autori au descris o serie de anomalii neurologice „minore” (hiper-reactivitate, semne neurologice discrete, anomalii non-specific pe EEG).

De fapt, ansamblul acestui sindrom este destul de rar, ticurile motorii putând exista izolat, fără ticurile vocale, atunci vorbindu-se despre „boala ticurilor” (Guinon); aceasta trebuie însă deosebită de „boala Gilles de la Tourette” propriu-zisă.

În prezent au loc numeroase discuții referitor la etiopatologie, actualizate de centenarul primei descrieri a bolii (1885). În mod clasic a fost considerată o formă nevrotică particulară intrând cel mai adesea în cadrul unei psihopatologii obsesionale, dar unii autori invocă o etiologie lezională (la nivelul neurotransmițătorilor) datorită perturbărilor discrete observate și a eficacității anumitor psihotrope (butirofenone, pimoziide, clonazepam). Totuși, rezultatele divergente obținute prin studiile neurobiologice nu permit „propunerea în prezent a unei explicații biochimice coerente pentru acest sindrom” (Dugas). În opoziție,

anumite psihoterapii, prin sensul descoperit și înfățișat de diverse ticuri și de evoluția uneori favorabilă consecutiv acestui fapt, ar pleda în favoarea unei origini nevrotice sau pre-nevrotice, de limită (Lebovici & col.).

7. — TRICOTILOMANIA — ONICOFAGIA

Tricotilomania desemnează nevoia mai mult sau mai puțin irezistibilă de a răsuși, mângâia, trage, sau chiar smulge părul. Pot să apară zone largi de peladă atunci când părul este smuls în smocuri. În unele cazuri, copilul își mănâncă părul, provocând un trico-bezoar. Deși nu există o semnificație univocă a acestui simptom, autorii insistă când asupra polului autoerotic (mângâiere, autostimulare a pielii capului), când asupra polului autoagresiv. De altfel, această conduită poate să apară în situații de frustrare sau de carență: separarea de părinți, decesul unuia dintre aceștia, nașterea unui frate mai mic, plasament în instituție... fiind numai una dintre conduitele deviante din cadrul unui tablou mai vast.

Mai frecventă însă este **onicofagia** având în vedere că, în funcție de autor, se întâlnește la 10 până la 30% dintre copii. Acest comportament persistă de altfel la numeroși adulți. Deși nu se poate descrie un tip psihologic de copil onicofag, aceștia sunt adesea subiecți anxioși, vioi, activi și autoritari. Nu sunt rare și alte trăsături de comportamente deviante: instabilitate psihomotorie, enurezis.

Deși copilul nu se jenează de asta atunci când e mic, cu vârsta, mai ales dacă este vorba despre o adolescență, onicofagia poate fi acompaniată de un sentiment de jenă sau chiar de o veritabilă rușine, fiind pus înainte prejudiciul estetic.

În plan teoretic, unii au reperat în această conduită o deplasare autoerotică ce asociază plăcerea suptului și un echivalent masturbator destul de direct, cu o conotație autoagresivă și punitivă, atât prin leziunile provocate, cât și prin reacția de dezaprobare din partea anturajului. Este posibil de altfel ca reacția anxioasă, de interzicere sau agresivă din partea părinților în fața primelor tentative de onicofagie a copilului lor să îi provoace acestuia o fixație la această conduită ce dobândește astfel o semnificație nevrotică.

BIBLIOGRAFIE

AJURIAGUERRA J. de, STAMBAK M.: L'évolution des syncinésies chez l'enfant. *Presse médicale*, 1955, 39, 817-819.

AJURIAGUERRA J. de, BONVALOT-SOUBIRAN G.: Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile. *Psychiat. enfant*, 1959, 2 (2), 423-494.

AJURIAGUERRA J. de, HECAGEN H., ANGELERGUERES R.: Les apraxies. Variétés cliniques et latéralisation lésionnelle. *Rev. neurol.*, 1960, 1, 566-595.

AJURIAGUERRA J. de, AUZIAS M., COUMES I., DENNER A.

AUZIAS M.: Enfants gauchers, enfants droitiers. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1975.

AUZIAS M.: Les troubles de l'écriture chez l'enfant. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1981.

BORGES J., LEZINE I.: *Test d'imitation de gestes. Technique d'exploration du schéma corporel et des praxies chez l'enfant de 3 à 6 ans*. Masson et Cie, Paris, 1963.

COHEN D.J.: Le syndrome de Tourette. *Psychiat. de l'enf.*, 1992, 35, 2, 365-420.

LA VONDES-MONOD V., PERRON R., STAMBAK M.: *L'écriture de l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1964.

DALERY J., MAILLET J., VILLARD R. de: Les tics de l'enfant. *Neuropsychiat. de l'enf.*, 1980, 29 (12), 581-585.

DUGAS M.: Le syndrome de Gilles de la Tourette. Etat actuel de la maladie des tics. *Presse Méd.*, 1985, 14, 589-593.

DUPRÉ E.: *Pathologie de l'émotivité et de l'imagination*. Payot, Paris, 1925.

DUPRÉ E., MERKLEN P.: La débilite motrice dans ses rapports avec la débilite mentale. *Rapport au 19-ème Congrès des Aliénistes et Neurologistes français*. Nantes, 1909.

FLAVIGNY Ch.: Psychodynamique de l'instabilité infantile. *Psy. enf.*, 1988, 31, 2, 455-473.

GALIFRET-GRANJON N.: Les praxies chez l'enfant, d'après Piaget. *Psychiat. enfant*, 1961, 4 (2), 580-591.

ISPANOVIC-RADOJKOVIC V., MELIAC C., BORGES J.: Dyspraxiques, figuratif et sémiotique. *Neuropsychiat. enf.*, 1982, 30, 12, 657-670.

KOUPERNIK C., DAILLY R.: *Développement neuropsychique du nourrisson*. PUF, Paris, 1968.

LEBOVICI S., MORON P., CHILAND C., SAUVAGE D.: Les tics chez l'enfant (série d'articles). *Neuropsychiat. enf.*, 1983, 31, 4, 169-177.

LEBOVICI S., RABAIN J.F., NATHAN T., THOMAS R., DUBOZ M.M.: A propos de la maladie de Gilles de la Tourette. *Psy. Enf.*, 1986, 29, 1, 5-59.

LECKMAN J.F., PETERSON B.S., ANDERSON G.M., ARNSTEN A.F., PAULS D.L., COHEN D.J.: Pathogenesis of Tourette's Syndrome. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1997, 38, 1, 119-142.

STAMBAK M., L'HERITEAU D., AUZIAS M., BERGES J., AJURIAGUERRA J. de: Les dyspraxies chez l'enfant. *Psychiat. enf.*, 1964, 7, 381-496.

STAMBAK M., PECHOUX M.G., HARRISON A., BERGES J.: Méthodes d'approche pour l'étude de la motricité chez l'enfant. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1967, 15, 155-167.

TOURETTE G. de la: Etude sur une affection nerveuse caractérisée par l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie. *Arch. Neurol.*, 1885, 9, 158-200.

TZAVARAS A.: Droitiers et gauchers. *EMC Neurologie*, Paris, 1978, 17022 C10.

WALLON H.: *L'enfant turbulent*. Alcan, Paris, 1925.

WALLON H.: L'habileté manuelle. *Enfance*, 1963, 16, 111-120.

6 PSIHOPATOLOGIA LIMBAJULUI

1. — GENERALITĂȚI

Capitolul esențial al psihopatologiei copilului, tulburările de limbaj sunt importante atât pentru semnificația lor, cât și pentru frecvența lor ca motiv de consultație. Cel mai adesea, familia consultă pedopsihiatru între 4 și 8 ani, marcând astfel mai întâi perioada de achiziție a limbajului vorbit, iar apoi perioada de achiziție a citirii și a scrierii.

Poate să apară o influență asupra ansamblului interacțiunilor pe care copilul le are cu mediul său (familie, școală, camarazi) dacă tulburările sunt importante și să conducă la diverse dificultăți psihosomatice. Devine atunci foarte dificil de delimitat tulburările reactive secundare de dificultățile inițiale.

Studiul tulburărilor limbajului presupune o bună cunoaștere a dezvoltării normale a limbajului, atât în dimensiunea sa neurofiziologică (organe fonatorii, integritate cerebrală, auz normal), cât și în dimensiunea sa psihosomatică. Nu vom studia aici tulburările de limbaj care se întâlnesc în surditate sau encefalopatia gravă, ci vom trimite cititorul la aceste titluri. Totuși trebuie întotdeauna căutat un eventual deficit auditiv întrucât, chiar minim fiind (între 20 și 40 decibeli), atunci când se situează în zona de conversație poate altera profund capacitățile de discriminare fonetică a limbajului uman, și să antreneze în acest mod o serie de perturbări.

Este în special cazul deficitelor auditive moderate, care se caracterizează în anumite cazuri prin existența unei curbe în U la audiogramă: cu alte cuvinte, este un deficit al frecvențelor medii. Astfel de deficite trebuie întotdeauna căutate și eventual corectate în cazul celui mai mic dubiu. (Explorarea auditivă este tratată în cap. 3, 2.2.)

1.1. — LIMBAJUL NORMAL LA COPIL

La copilul normal, achiziția limbajului se dezvoltă conform unui plan a căruia regularitate frapă. Ontogeneza limbajului pare să se facă în jurul a trei etape esențiale, ale căror limite intermediare sunt relativ arbitrare, dar succesiunea lor este regulată. Astfel se disting:

- prelimbajul (până la 12-13 luni, uneori chiar 18 luni);
- limbajul mic (de la 10 luni la 2½ – 3 ani);
- limbajul (începând de la 3 ani).

Prelimbajul

Începând cu țipetele bebelușului, care la început nu au alte semnificații decât de a exprima un disconfort fiziologic, treptat se constituie preformele unei comunicări între copil și anturajul său; practic, în funcție de răspunsurile pe care le dă mama, țipetele exprimă foarte curând o gamă de senzații (mânie, nerăbdare, durere, satisfacție și chiar plăcere). Anumiți autori (Vigotsky, Bruner) consideră că există un raport strâns între anumite aspecte ale motricității, emisiei artrofonematică și preformele limbajului, de unde și conceptul de „acte de limbaj”.

Începând din prima lună, pe măsură ce bebelușul dobândește o coordonare mai bună a respirației, apare **gânguritul** sau **lalațiunile**: gânguritul bebelușului este alcătuit la început din sunete nespecifice ca răspuns la stimul nespecifici. Gânguritul se îmbogățește rapid în plan calitativ astfel încât copilul pare capabil să producă, în manieră pur aleatoare, toate sunetele imaginabile. Rolul acestei activități pentru formarea coordonărilor neuromotorii de articulare este în mod cert esențial.

Începând de la 6-8 luni, apare perioada de „**ecolalie**”: se instituie un fel de „dialog” între bebeluș și mama sau tatăl său: acesta răspunde la cuvintele adultului printr-un fel de meloee relativ omogenă, continuă. Treptat, bogăția emisiilor sonore inițiale se reduce pentru a lăsa locul câtorva emisii vocale și consonantice fundamentale. În același timp, adultul pare să își ajusteze discursul la capacitatea de recepție a copilului: construiește propoziții simple, folosește sunete vocale înalte acolo unde urechea copilului discriminează mai bine.

Uneori acest gângurit regresează treptat pentru a lăsa locul unei perioade de tăcere, alteori, dimpotrivă, gânguritul îi urmează direct micul limbaj.

Micul limbaj

Primele cuvinte apar adesea în situație de ecolalie, în același timp cu primele suite dotate cu sens care se diferențiază prin trăsături de opoziție cu un randament redus datorită numărului lor limitat, dar ușor de exploatat: tata, mama, iar, ia, dă...

La 12 luni, un copil poate să fi dobândit 5-10 cuvinte; la 2 ani, vocabularul poate să atingă 200 de cuvinte, cu ample variații în vârsta de achiziție și rapiditate. Dar ordinul achizițiilor rămâne sensibil același. Un fapt rămâne constant: înțelegerea pasivă precede întotdeauna expresia activă.

În perioada „cuvântului-frază”, copilul utilizează un cuvânt a cărui semnificație depinde de contextul gestual, mimic sau situațional, semnificație care de altfel este în mare parte aceea pe care i-o dă adultul. Astfel, „tutu” poate însemna „văd o mașină”, „aud o mașină”, „tata este cu mașina” etc. Limbajul acompaniază întotdeauna acțiunea, o întărește, dar încă nu i se substituie.

Către 18 luni apar primele „propoziții”, adică primele combinații de 2 cuvinte-frază: „tata-pa”, „nani-bebe” etc. Sistemul fonologic rămâne în continuare foarte limitat. În aceeași perioadă apare negația: în franceză este fie „nu”, fie particula negativă „ba”; „nu nani”, „nu papa” ..., introducând copilul în primele utilizări conceptuale și primele opoziții semantice (v. Spitz: Al treilea organizator).

Treptat, utilizarea cuvântului devine din ce în ce mai independentă de enunțurile stereotipe, organizarea lingvistică se structurează o dată cu apariția succesivă a enunțurilor afirmative, de constatare, de ordonare, de negare, de interogare... Cu toate acestea, „limbajul de bebe” persistă câteva luni, marcat de simplificările de articulare, fonematice și sintactice. „Limbajul de bebe” este identic structural cu ceea ce este numit „retard de vorbire” când persistă dincolo de 3-4 ani.

În mod evident, rolul familiei în această perioadă este unul considerabil grație „băii de cuvinte” în care este scăldat copilul. În absența stimulării lingvistice, apare în mod constant o sărăcire sau un retard în achiziția bagajului verbal (v. Familiile-problemă, cap. 22, 1. și cazul bilingvismului, cap. 24, 1.).

Limbajul

Este perioada cea mai îndelungată și mai complexă de achiziție a limbajului, fiind marcată de o îmbogățire atât cantitativă (între 3½ și 5 ani un copil poate ajunge să utilizeze până la 1500 de cuvinte, fără însă a le cunoaște întotdeauna foarte bine sensul), cât și calitativă. „*Accesul la limbajul propriu-zis este caracterizat de abandonul progresiv al structurilor elementare ale limbajului infantil și al vocabularului care îi este specific, cărora li se substituie construcții din ce în ce mai conforme limbajului adultului*” (C. P. Bouton). În același timp, limbajul devine treptat un mijloc de cunoaștere, un substitut al experienței directe. Redundanța cu acțiunea și/sau gestul dispar progresiv.

Către vârsta de 3 ani, introducerea lui „eu” poate fi considerată ca o primă

etapă de accedere la limbaj, după o perioadă în care copilul se desenează prin „mie”¹² și o lungă perioadă de tranziție în care spune „mie, eu...”.

Îmbogățirea cantitativă și calitativă pare să aibă loc pornind de la două tipuri de activitate verbală (Bouton):

- o activitate verbală „liberă”, în care copilul continuă să utilizeze o „gramatică” autonomă, stabilită pornind de la micul limbaj;
- o activitate verbală „mimetică”, în care copilul repetă în manieră personală modelul adultului, dobândind progresiv cuvinte și construcții noi care sunt apoi reinvestite în activitatea sa verbală „liberă”.

Acest fapt ilustrează bine interacțiunea constantă dintre achizițiile verbale ale copilului și stimulările din partea anturajului.

Între 4 și 5 ani, organizarea sintactică a limbajului devine din ce în ce mai complexă, astfel încât copilul poate să se lipsească de orice suport concret pentru a comunica. Ajunge la utilizarea subordonărilor (care, pentru că), a condiționalului, a alternanțelor etc. Trece astfel de la limbajul implicit (când înțelegerea mesajului verbal necesită informații extralingvistice suplimentare) la limbajul explicit care este suficient ca atare.

1.2. — LIMBAJUL ÎN INTERACȚIUNE

Descrierea de mai sus nu trebuie să ne facă să uităm că „a vorbi” este înainte de toate a comunica, atât cu altul cât și cu sine; „a vorbi” se înscrie într-o relație formată din schimburi informative și afective.

Desigur, achiziția limbajului introduce copilul în sistemul simbolic cel mai deplin, dar acest fapt este precedat de o serie de precursori incluși în interacțiunea și schimburile afective dintre copil și partenerii săi obișnuiți (părinți, dar și frații și alți copii de vârsta lui...). Bruner a descris o serie de abilități, precursori ai achiziției limbajului: procesul de desemnare (procedee gestuale, posturale, vocale al căror scop este acela de a atrage atenția unui partener asupra unui obiect), de *déixis* (utilizarea unor caracteristici spațiale, temporale și interpersonale ale situației ca mijloc de coreferință), de denumire (utilizarea elementelor lexicale pentru a desemna evenimentele extralingvistice din universul cunoscut copilului și adultului apropiat). Pentru dezvoltarea acestor precursori este necesară stabilirea „atenției selective conjugate” între bebeluș și partenerul său. Gestul de a arăta cu degetul reprezintă o conduită paradigmatică în acest sens, prin schimbul de

priviri dintre mamă și bebeluș către degetul ce indică și obiectul desemnat (v. cap. I, 2.2.).

Pe de altă parte, numeroși psihanaliști au descris o serie de sisteme „presimbolice”, fie că este vorba de „funcția α ” a lui Bion, de „pictogramele” descrise de P. Aulagnier, de „semnificații enigmatice” ai lui J. Laplanche etc. Precursori ai funcției simbolice, acești semnificații organizează preformele de opoziție dialectică principale, pornind de la care va izvorî treptat sensul.

Oricum s-ar produce apariția limbajului, deși acesta nu apare „ex nihilo”, acesta realizează o profundă mutație (Diatkine) în funcționarea psihică și în competența relațională. Limbajul face posibilă în special trecerea de la indicare la evocare sau, în alți termeni, trecerea de la gestionarea distanței la tolerarea absenței: comunicarea mimică, gestuală rămâne înscrisă în registrul desemnării și indicării, în vreme ce utilizarea limbajului permite evocarea a ceea ce este absent. Mai întâi M. Klein, apoi H. Segal aveau să insiste asupra faptului că dezvoltarea funcției simbolice implica o pierdere prealabilă și o tolerare a acestei pierderi. Nu este posibilă dezvoltarea limbajului fără experiența prealabilă a absenței și/sau a pierderii: câștigul obținut de copil constă în descoperirea multiplelor jocuri simbolice și în posibilitatea de a organiza scenarii imaginare (cf. prietenul imaginar sau romanul familial) oferind copilului un grad de independență inedită: pierderea suferită este aceea a adecvării absolute între obiect și reprezentantul său, însoțită de necesitatea de a accepta distanța dintre cuvânt și lucru, a cărui urmă lingvistică o constituie ambiguitatea inerentă a limbajului.

2. — TULBURĂRILE DE DEZVOLTARE A LIMBAJULUI

2.1. — TULBURĂRILE DE ARTICULARE

Se caracterizează prin existența izolată a unor deformări fonetice, cel mai adesea a unor consoane și mai rar a unor vocale. În mod obișnuit, la un anumit copil aceiași fonem este deformat de fiecare dată. Se disting:

- pelicia (sau vorbirea pelică sau sigmatismul interdental): extremitatea limbii rămâne prea aproape de incisivi sau între dinți;
- sâsăitul (sau sigmatismul lateral) caracterizat de o scurgere a aerului uni- sau bilateral. Această tulburare de articulare pare să se asocieze unei malformații a voltei palatine de tip ogival, fără ca această asociere să fie obligatorie.

¹² În text este utilizat termenul „moi”, care se traduce în limba română la fel ca și „je” — „eu”. (n. t.)

Tulburările de articulare sunt frecvente și banale până la 5 ani. Dacă persistă după această vârstă, se impune o reeducare. Semnificația lor psihoafectivă este uneori ușor de surprins, atunci când se integrează într-un context de opoziție sau agresiv (nașterea unui frate mai mic), mergând chiar până la un „limbaj de bebe“, și necesitând în acest caz o abordare psihoterapeutică. Deseori sunt izolate, fără o influență notabilă asupra altor linii de dezvoltare.

2.2. — RETARDUL ÎN VORBIRE

Este vorba despre o integrare defectuoasă a diverselor foneme ce alcătuiesc un cuvânt, numărul lor, calitatea, sau succesiunea lor putând fi modificată. Lipsite de semnificație până la vârsta de 5 ani, persistența lor dincolo de această vârstă constituie semnul unei perturbări a integrării și deprinderii vorbirii, și necesită o abordare terapeutică. Teoretic, retardul în vorbire nu este acompaniat de o anomalie sintactică, dar în realitate acestea se asociază frecvent retardului în limbaj.

Când sunt analizate anomaliile pot descrie:

- confuziile fonematice între consoanele constrictive ($j \rightarrow s, z \rightarrow s$) sau ocluzive ($d \rightarrow t, g \rightarrow c$), sau inversiunea acestora din urmă ($f \rightarrow p, z \rightarrow d$) sau a vocalelor ($\tilde{a} \rightarrow a, \tilde{i} \rightarrow e, ua \rightarrow a$);
- omiterea finalelor ($pur \rightarrow pu$);
- simplificarea fonemelor complexe;
- deplasarea anumitor foneme ($lavabo \rightarrow valabo$);
- asimilările.

Spre deosebire de tulburările de articulare, pe de-o parte, erorile nu sunt constante, iar, pe de altă parte, fiecare fonem poate fi corect pronunțat izolat.

În fața acestor tulburări de elocuție, reacția familiei este importantă, fie corectând permanent copilul, și împiedicând astfel orice spontaneitate în vorbire, fie în mod invers, ignorând total tulburarea și lăsând copilul fără un posibil repet.

2.3. — RETARDUL SIMPLU DE LIMBAJ

Retardul simplu de limbaj este caracterizat de existența unor tulburări de limbaj la un copil care nu prezintă nici întârziere intelectuală, nici surditate profundă, nici o organizare psihică.

Construcția frazei și organizarea sa sintactică sunt perturbate. În plan clinic, elementul esențial este retardul în apariția primei propoziții (după 3 ani), urmat

de un „limbaj de bebe“ prelungit. Anomaliile constatate sunt foarte variabile: tulburări de ordonare a cuvintelor din propoziție, greșeli de construcție gramaticală (agramatism), folosirea verbului la infinitiv, utilizarea incorectă a pronumelui personal. Se observă de asemenea omiterea de cuvinte, false legături, barbarisme etc. (atâta tata pecat \rightarrow tata a plecat cu mașina). Înțelegerea este în principiu bună dar evaluarea sa la copilul mic poate fi dificilă uneori. Atunci când tulburările de înțelegere sunt manifeste, prognosticul este mai rezervat.

Evoluția poate fi în mod spontan favorabilă, dar este rar ca un retard de limbaj ce se menține dincolo de vârsta de 5 ani să dispară complet în pofida unei îmbogățiri progresive. Începând de la 4 ani, în caz de retard sever, se impune reeducarea. Prognosticul este mai rezervat în cazul asocierii unei tulburări de înțelegere. Un balbism sau o dislexie-disortografie pot urma retardului de limbaj.

Nivelul intelectual evaluat prin teste de performanță, în care limbajul nu intervine, nu prezintă caracteristici diferite de populația maror. Totuși, atunci când retardul de limbaj este important, realizând în situație extremă tabloul unei disfazii, s-au putut descrie o serie de dificultăți intelectuale: tulburări de orientare în spațiu și timp, cu o organizare deficitară a schemei corporale, necesitatea unor aporturi extraverbale pentru o comprehensiune satisfăcătoare, inteligența bazându-se pe o reprezentare concretă a problemelor.

Personalitatea copiilor depinde de gradul de profunzime al tulburării, de interacțiunile familiale și cu mediul. În afara copiilor a căror personalitate pare normală, s-au mai descris „disfazicii prolici puțin controlați“, expansivi, și „disfazicii economi“, și în fine copiii ale căror tulburări de personalitate pot fi mai severe, de tip prepsihotic.

La nivel etiologic, accentul este pus, în funcție de autor, fie pe *imaturitatea cerebrală* (spre exemplu antecedent de prematuritate), fie pe *carența cantitativă sau/și calitativă* de stimulare a limbajului datorită unui mediu socio-economic defavorabil, fie pe *echilibrul psihoafectiv* și absența de „apetit“ lingvistic (Pichon). Calitatea relațiilor afective familiale joacă deci un rol important (carența afectivă, absența interacțiunilor verbale mamă-copil, fie pentru că mama vorbește puțin, fie pentru că este depresivă etc.). În clinică, deseori acești factori diverși coexistă.

În toate cazurile, perioada de la 3 la 5 ani reprezintă un prag critic, cu riscul de fixare a tulburărilor. Este motivul pentru care este important ca un ajutor terapeutic să fie instituit foarte rapid. Cel mai adesea este necesară o reeducare ortofonică, uneori de o reeducare psihomotorie îndreptată în special asupra componentelor spațio-temporale (ritm, melodie...) și a schemei corporale. În anumite cazuri o psihoterapie în conjuncție mamă-copil se dovedește necesară,

atunci când relațiile par să se organizeze în manieră patologică, iar tulburările psihoaffective primare sau secundare sunt importante.

3. — DISFAZIILE GRAVE

Sub termenul de „disfazie” (Ajuriaguerra) se grupează un mare număr de dificultăți mergând de la retardul simplu de limbaj până la perturbările majore învecinate cu absența totală a limbajului. În capitolul precedent am descris tulburările de dezvoltare, iar în acesta abordăm separat „disfaziile grave”. Sub acest termen vom descrie perturbările severe de limbaj în care se asociază nu numai tulburările de expresie, ci și acelea de comprehensiune (desigur, de o importanță variabilă), tulburări ce persistă dincolo de vârsta de 6 ani.

Dacă 3 până la 8% dintre copiii de 3 ani (2/3 băieți, 1/3 fete) prezintă tulburări de limbaj, 1-2% dintre copiii cu vârsta mai mare de 6 ani prezintă o tulburare specifică a limbajului oral (Rutter).

3.1. — DESCRIERE CLINICĂ

Analiza limbajului (nivel de comprehensiune, capacitate fonologică, bogăția vocabularului, calitatea sintaxei) nu permite întotdeauna discriminarea retardului simplu de limbaj, care dispare progresiv către vârsta de 5-6 ani, de o disfazie gravă ce va persista de-a lungul unei mari părți din copilărie. După 6 ani, perturbările pot să meargă de la cvasi-absența limbajului până la tulburări ce asociază:

- o tulburare a capacității de repetare, mai accentuată în cazul repetării frazelor lungi, negative sau interrogative;
- perturbări fonologice importante, alcătuite din erori, omisiuni, simplificări, substituiri, duplicări. Există frecvent o instabilitate fonologică în cursul repetării;
- o reducere a volumului vocabularului;
- un retard morfologic și sintactic global, mai profund pentru anumite aspecte cum sunt funcția temporală a formelor verbale sau marcatorii adverbiali, o stăpânire deficitară a regulilor gramaticale atunci când sunt complexe și există probleme de omonimie.

Încă de la primele cercetări, Ajuriaguerra & col. au delimitat două tipuri de comportament verbal: „economii măsurate”, ale căror enunțuri sunt rare, scurte, sintactic insuficiente sau chiar agramate și de tip descriptiv sau enumerativ;

„prolicii puțin controlați”, al căror discurs abundent este puțin coerent, frazele uneori lungi sunt haotice, fără respect pentru ordinea obișnuită.

În mod clasic disfazia este izolată. Nu se asociază cu retardul mintal, cu tulburări majore de comportament și de comunicare non-verbală, nu apare deficit senzorial (în special auditiv), nu sunt atingeri motorii. Totuși deseori se întâlnesc semne asociate (cf. *infra*).

Studiul nivelului intelectual pune în evidență absența unui retard la testele non-verbale, la WISC apare o diferență importantă între sub-testele de performanță și sub-testele verbale (>20 puncte).

Comportamentul. — Nu există tulburări majore de comportament sau simptome patente de psihoză precoce (în special de tip autist). Contactul este adesea facil cu copilul disfazic, comunicarea prin gesturi sau intonațiile vocii este posibilă, fiind foarte diferită de contactul cu copilul psihotic. În schimb se constată adesea dificultăți afective asociate: emotivitate, instabilitate afectivă, impulsivitate, frecvente accese de furie, reacții de prestanță sau, dimpotrivă, de retragere și aparent de rușine. În mod evident este dificilă (și iluzorie) încercarea de a delimita între cauză și consecințe în cazul acestor dificultăți. Relațiile cu copiii de aceeași vârstă par uneori satisfăcătoare, cu o participare normală la jocuri, în special la copiii mici. Alături există dificultăți semnificative în relaționarea cu copiii de aceeași vârstă, o dificultate în a găsi un loc în jocurile colective, în înțelegerea și respectarea regulilor.

Studiul tonico-motor poate releva semne de dispraxie (cf. *infra*), în special o dispraxie buco-linguo-facială în formele cele mai severe (audio-mutații). Existența frecventă a perturbărilor în organizarea temporo-spațială și dificultatea de a reproduce structuri ritmice au sprijinit o serie de ipoteze etiologice care nu au fost întotdeauna verificate.

3.2. — EXPLORĂRILE COMPLEMENTARE ȘI CERCETĂRILE ETIOLOGICE ORGANICE

Auzul a fost în mod special studiat. Mai mulți autori au raportat anomalii: deficit parțial, adesea unilateral fără să fie afectată zona de conversație. Percepția ritmică pare uneori deficientă, copiii disfazici prezentând dificultăți în procesarea schimbărilor rapide a sunetelor complexe.

Explorările radiologice (RMN) pun în evidență, în 4-5% din cazuri, anomalii cel mai adesea minore și nespecifice. În cazurile rare în care există anomalii

neuroradiologice mai importante, este în general imposibil de stabilit o corelație anatomo-clinică riguroasă și regulată. În plus, semiologia tulburărilor observate la acești copii nu se distinge de aceea observată la copiii ce au o tulburare severă de dezvoltare a limbajului în absența unei leziuni cerebrale macroscopice (M. Dugas).

Electroencefalograma prezintă uneori anomalii de tip paroxistic în special pe traseul EEG din timpul somnului (C. Billard: 30% din cazuri). **Sindromul Landau-Kleffner** (agnozie auditivă) asociază o disfazie gravă (neatenție auditivă și incompreensiune verbală, în timp ce discriminarea sunetelor pure rămâne normală), cu limbaj expresiv foarte redus și manifestări epileptice sub formă de crize generalizate sau hemisferale. Există o concomitență între manifestările epileptice și tulburările de limbaj. Sindromul apare între 3 și 5 ani și evoluează prin puseuri regresive.

Studiul genetic arată existența de cazuri familiale și de frecvente antecedente familiale de tulburări de limbaj (Tallal). Uneori pare să existe un „profil familial”, fără ca vreun anumit tip de transmitere să poată fi incriminat.

3.3. — IPOTEZE PSIHOPATOLOGICE ȘI EVOLUȚIE

Între „calitatea” funcționării psihice și posibilitățile expresive și de comunicare atât de bogate oferite de limbaj, există în mod necesar o influență mutuală. Comunicarea prin limbaj rămâne mijlocul esențial de înțelegere a acestei funcționări mentale, chiar dacă putem utiliza tehnici periferice cum sunt jocul, desenul, plastilina etc., pentru a sprijini această comunicare, așa cum facem cu copilul mic.

În plus, trebuie ținut cont de două categorii de factori (Diatkine): prima se referă la ceea ce s-a petrecut în momentul în care limbajul trebuia să apară și motivele acestei neapariții; a doua categorie urmărește ceea ce s-a reorganizat (la copil, dar și la adultul său) pentru că această apariție a limbajului și mutația pe care o provoacă nu s-au realizat.

Limbajul întărește și fixează funcția simbolică, crescând capacitatea de comunicare, permite trecerea de la indicativ la evocativ, deci de a gândi absența etc.

A *contrario*, absența limbajului (sau a unei comunicări echivalente: limbajul semnelor la copilul surd) riscă să mențină o funcționare psihică de tip arhaic (v. cap. 16, 9.1.: nucleul structural psihotic). Acest fapt se poate constata la anumiți copii disfazici a căror funcționare psihică pare apropiată de funcționarea psihică (ce trebuie distinsă de simptomele psihozelor infantile precoc).

Totuși, nu întotdeauna se întâmplă așa: anumiți copii disfazici nu par să utilizeze în mod prevalent procese de identificare adezivă sau proiectivă (v. cap. 16, 9.1.), proiecții paranoide etc. Dimpotrivă, se constată existența unor mecanisme mai complexe, dovedind o bună diferențiere între sine și altul, o bună percepție a alterității și a reciprocității; de la început acești copii par să utilizeze în acest scop cele câteva manifestări de limbaj pe care le pot împărtăși cu terapeutul (M. Van Waeyenbergh). Acestea din urmă par deci foarte îndepărtate de ceea ce se observă în cazul unei „funcționări psihotice”.

Este necesară deci o mare prudență în analiza psihopatologică. Trebuie să ne abținem în special de la interpretări pripite asupra comportamentului parental, interpretări ce pot veni apoi ca explicații *a posteriori* referitoare la tipul de funcționare psihică a copilului. De fapt, părinții adoptă adesea față de copilul disfazic o atitudine cu alură „operatorie”, ascultându-l în mod rezervat, cerându-i să repete de mai multe ori... fapt ce blochează și face artificială comunicarea. Acest aspect este în general reactiv și dovedește suferința lor în fața dificultăților copilului lor, cedând o dată cu ameliorarea disfaziei.

Evoluția este foarte dificil de prevăzut. La copilul mic nu este ușor de făcut distincția între retardul simplu de limbaj, care va dispărea spontan, de o disfazie ce va persista (și se va agrava) în absența unui tratament. Este deci necesar să se propună un tratament precoce (cf. mai sus: retardul simplu în limbaj). Cu tratamentul, disfazia se ameliorează dar adesea anumite semne (spre exemplu dificultățile la proba de viteză în repetarea silabelor) persistă în mod durabil.

Cursul școlar, atunci când disfazia se ameliorează înainte de 8 ani, poate fi normal. Totuși dificultatea de a urma școlarizarea standard este frecventă și prezintă dublul risc de excludere și confuzie: confuzia cu debilitatea și cu psihoza. O pedagogie adaptată este necesară în acest caz, în paralel cu ajutorul terapeutic.

3.4. — ABORDAREA TERAPEUTICĂ

Toți autorii sunt de acord în recunoașterea importanței unei terapii ortofonice regulate, intensive (trei sau mai multe ședințe pe săptămână) și pe termen lung. Este vorba despre o terapie ortofonică ce își propune să utilizeze cuvântul ca mod de comunicare, dar nu se înscrie neapărat în schema clasică a unei „reeducări”, cel puțin la început. Capacitatea de joc, de a inventa și de a împărtăși dintre terapeutul ortofonist și copil apropiere acest tratament de o psihoterapie, dar partea fonologică mai întâi, apoi morfologică și sintactică, o diferențiază.

Acest tratament ortofonic poate fi precedat, acompaniat sau urmat de acțiuni terapeutice diversificate (psihomotricitate, grup ritmic) și/sau de o psihoterapie

propriu-zisă. În caz de dificultăți școlare majore, un tratament instituțional (de tip spital de zi) se poate dovedi necesar.

4. — DISLEXIA-DISORTOGRAFIA

Dislexia se caracterizează printr-o dificultate de a achiziționa lectura la vârsta obișnuită în absența oricărei debilități sau deficiențe senzoriale. La această dislexie se asociază dificultăți de ortografie, de unde și denumirea de dislexie-disortografie.

În funcție de autor, între 5 și 15% dintre copii întâmpină astfel de dificultăți. Școlaritatea obligatorie și accederea în cvasi-totalitate a populației la limbajul scris a pus în evidență această tulburare, ale cărei prime descrieri datează încă de la sfârșitul secolului XIX. Tehnica de învățare a citirii a fost adesea incriminată referitor la originea dislexiei, dar vom vedea în continuare că, deși școala intervine, tulburările nu sunt complet reducibile la erorile pedagogice.

Nu se poate vorbi de dislexie înainte de 7-7½ ani, întrucât înainte de această vârstă erorile de acest gen sunt banale prin frecvența lor.

4.1. — DESCRIERE

Dislexia. — Se observă confundarea unor grafeme a căror corespondență fonetică este apropiată (a - ă, s - z, j - ș) sau a căror formă este asemănătoare (p - q, b - d), inversiuni (or - ro, cri - cir), omisiuni (bar - ba, arbore - arbre), adiiții sau substituții. La nivelul frazei se observă o dificultate în a remarca decupajul și ritmul. Înțelegerea textului citit este adesea superioară față de ceea ce ar lăsa de crezut descifrarea, dar se întâmplă totuși destul de rar ca totalitatea informației scrise să fie înțeleasă. Decalajul crește o dată cu vârsta, exigențele școlare și capacitățile de lectură, deși centrate inițial în jurul lecturii, devin rapid globale în absența tratamentului.

Aceste dificultăți sunt bine puse în evidență cu ajutorul bateriei de teste elaborată de doamna Borel-Maisonny. Pentru a dispune de o posibilitate de etalonare și comparație, s-a pus la punct un test de leximetrie (testul ciocârliei) care permite să se atribuie fiecărui copil un „coeficient lexical”, reprezentat de raportul dintre vârsta lexicală și vârsta cronologică, fără însă a permite deducerea unor concluzii patogenice.

Disortografia. — Greșelile constatate, care și ele sunt banale la începutul învățării, sunt asemănătoare cu cele care se observă la lectură: confundare,

inversare, omisiune, dificultăți în transcrierea omofonelor (omonime, nu omografe: aduce - a duce, ba e - baie), confuzia de gen, de număr, erori sintactice groșiere (neam - ne-am).

4.2. — FACTORI ASOCIAȚI

Există anumite asocieri cu dislexia care datorită frecvenței lor merită să fie prezentate, fără a putea face însă din asta originea etiologică unică a tulburării.

Retardul de limbaj. — Este un antecedent frecvent. Unii chiar consideră că acesta rămâne constant dar nemanifest, fiind relevant de fapt prin dificultățile suplimentare inerente lecturii. Este important totuși analiza mai fină a antecedentelor tulburării de limbaj. Studiile catamnestice asupra copiilor cu un retard în limbaj invită astfel la diferențierea celor care au în plus și dificultăți de comprehensiune: la care dislexia-disortografia apare ulterior în mod cvasi-constant, de cei care nu prezintă tulburări de comprehensiune: la care dislexia-disortografia apare mult mai rar.

Tulburările de lateralizare. — Stângăcia și mai ales lateralizarea defectuoasă, atât vizuală cât și auditivă, au fost frecvent invocate la originea dislexiei (Horton). Studiile statistice prin comparare a ansamblului populației de stângaci sunt dificil de efectuat și dau rezultate variabile. Frecvența stângacilor și a copiilor deficitari lateralizați ar cuprinde între 30 și 50% dintre copiii dislexici.

„Stângăcia contrariată” a fost făcută responsabilă pentru aceste tulburări, în special în epoca în care se impunea în mod viguros copilului o alegere. Într-un astfel de context, probabil climatul afectiv de constrângere a fost un factor favorizant ce nu poate fi neglijat. În prezent, respectarea lateralizării spontane a copilului este mai mare și, în aceste condiții, stângăcia nu mai suportă presiunile normative de altădată. La copilul defectuos lateralizat, favorizarea într-un climat afectiv non-represiv a utilizării mâinii drepte nu constituie originea dificultăților suplimentare. De altfel, există copii defectuos lateralizați care nu prezintă tulburarea de tip dislexic.

Tulburările de organizare spațio-temporală. — Confuziile între literele cu forme identice dar inversate în spațiu (p - q, b - d) și dificultățile în surprinderea ritmului spontan al frazei au stat la originea unei ipoteze a perturbării organizării spațiului și timpului la copiii dislexici. Astfel s-a descris incapacitatea lor de a reproduce structuri ritmice percepute auditiv precum și erorile lor foarte frecvente în orientarea stânga-dreapta.

4.3. — FACTORI ETIOLOGICI

În afara asocierilor pe care le-am descris, numeroși factori sunt invocați la originea acestei tulburări ce se situează la intersecția maturizării individuale și sociale a copilului. Cortexul cerebral, patrimoniul genetic, echilibrul afectiv, erorile pedagogice, au fost rând pe rând considerate responsabile.

Factorii genetici. — Sunt invocați în recunoașterea dislexiei atât prin frecvența predominantă la băieți în raport cu fetele, prin existența cazurilor familiale (ascendenți sau colaterale), cât și prin concordanța tulburării la gemenii homozigoți. Anumiți autori chiar au mers până la a caracteriza transmiterea (ereditate mono-hibridă autozomă) pe care alții o contestă. Trebuie recunoscut însă că aceste deducții au rezultat din studii statistice cu un mare număr de observații, în care lipsesc o serie de elemente, fapt ce conduce la concluzii aleatoare. Corelația dintre retardul de limbaj și dislexie a făcut să fie evocată „o fragilitate constituțională” a ansamblului capacităților de învățare a limbajului.

Suferința cerebrală. — Frecvența antecedentelor neonatale (sarcină și naștere dificile, prematuritate, reanimare neonatală...) a făcut ca anumiți autori să invoce o suferință cerebrală. Se poate face o apropiere de un alt concept avansat, cel de „imaturitate cerebrală”, expresie despre care nu se știe foarte exact ce anume cuprinde (v. cap. 2, 2.3.).

Tulburările perceptive. — În cadrul acestei ipoteze, factorii periferici, în special vederea, sunt considerați responsabili pentru dificultățile de lectură. De altfel, istoric, dislexia a fost descrisă de către un oftalmolog (Minshdwood, 1895). Dacă în prezent nu mai este invocată acuitatea vizuală ca atare, diverși autori s-au îndreptat recent către studiul oculomotricității, descriind fie o dispraxie oculară, fie o non-lateralizare a privirii. Dacă realitatea acestor tulburări nu poate fi negată, totuși nu se poate spune dacă ele sunt primare sau secundare, și nici nu sunt constante la copii dislexici, ele putând fi întâlnite și la non-dislexici. În orice caz, integrarea grafemelor pentru a ajunge la înțelegerea simbolică a limbajului citit nu poate fi redusă la simpla percepție senzorială.

Echilibrul psihoafectiv. — Este foarte dificil de făcut diferența între perturbările afective secundare dislexiei și cele care o inițiază. Multă vreme s-a considerat că aceste perturbări sunt înainte de toate reactive, în vreme ce în prezent unii consideră dislexia ca o manifestare posibilă a tulburărilor de personalitate. Deși nici o grupare psihopatologică precisă nu poate fi corelată cu dislexia, este totuși adevărat că persoanele cu dislexie prezintă adesea tulburări de comportament de tip impulsiv, cu „treceți la act” frecvente. Aici se adaugă,

la fel ca și în achiziția limbajului vorbit, întreaga problematică a simbolizării, cu medierea (investirea proceselor secundare, capacitatea de a tolera frustrarea) pe care o permite. Fără a nega dimensiunea reactivă a acestor tulburări la un copil care se confruntă cu eșecul școlar și cu un decalaj din ce în ce mai mare între capacitățile sale și exigențele mediului social, trebuie subliniat că învățarea citirii se produce în mod normal la copil la o vârstă la care conflictele psihoafective se calmează, fapt ce facilitează investirea sublimatorie a cunoștințelor școlare. Se înțelege că diversele tulburări de personalitate, a căror caracteristică comună este de a menține o stare conflictuală permanent activă, pot face alatorie această învățare a lecturii sau pot să o integreze într-o nouă conduită patologică.

Mediul socio-cultural. — Se pare că există o corelație între un nivel socio-cultural scăzut sau mediu și apariția unei dislexii. Totuși, nu este vorba despre o relație simplă, întrucât se asociază numeroși factori de compensare sau agravare: relația părinte-copil, diferența culturală și altele.

Inteligenta. — Prin definiție, nu se vorbea inițial de dislexie decât la copii cu nivel intelectual normal la testele de evaluare. În realitate, este indicat să fim mai puțin arbitrar în acest domeniu: numeroși copii cu debilitate ușoară prezintă dificultăți de învățare a citirii identice din toate punctele de vedere cu cele pe care le-am descris. Și ei pot beneficia foarte mult de pe urma unui ajutor pedagogic adaptat și în aceste condiții pot învăța să citească. Dincolo de problema mai generală a debilității (v. cap. 9, 2.1.), este bine să fie depistate aceste dificultăți și să fie tratate.

Pedagogia. — Metoda globală de învățare a lecturii a fost o vreme considerată responsabilă pentru dislexie. În realitate, studiile statistice comparative au arătat că nu este adevărat, dar că în schimb această metodă pune mai repede în evidență copiii care aveau să întâmpine dificultăți. Ca și în cazul pedagogiei în ansamblu, nu există o metodă bună unică pentru a învăța citirea, dar există mulți învățători și mulți copii ale căror relații reciproce sunt determinante. La nivelul învățământului ca atare, disponibilitatea de a utiliza o metodă sau alta, încrederea în aceasta, neîncrederea în ea, propriul entuziasm sau pesimism sunt factori mult mai importanți.

4.4. — TRATAMENT

Locul dislexiei în ansamblul dificultăților copilului, caracterul primar sau reactiv al acestora din urmă trebuie luate în considerare înainte de a angaja

copilul într-o terapie. Dacă dislexia se înscrie în cadrul unei tulburări profunde de personalitate cu o atitudine de opoziție mai mult sau mai puțin viguroasă la orice nouă achiziție, în special școlară, este de înțeles că reeducarea se va lăsa rapid de simptom și, prin urmare, o abordare terapeutică globală este mai indicată.

Totodată, reeducarea este cel mai adesea indispensabilă. Este esențial ca și copilul să poată să o accepte și să fie motivat, aceasta fiind datorită consultantului, a reeducatorului, dar și a părinților! Și în acest caz metoda utilizată este mai degrabă în funcție de reeducator decât de copil. Se disting metodele fondate pe lectura (Borel-Maisonny) cu bază fonetică în care gesturile simbolice caută să suscite asocierea semnne scrise-sunet și metodele fondate pe scriere (Chassagny), utilizând serii (cuvinte înlanțuite fie prin forma lor, fie prin sens) și unde copilul se auto-corectează (ex.: „cadou”: copilul este invitat să scrie ecou, apoi panou, tablou, mantou și în cele din urmă sacou).

Dacă în majoritatea cazurilor reeducarea conduce în 6 - 24 luni la o diminuare, sau chiar la dispariția dificultăților, rămâne totuși un procentaj de copii (10-15%) care fac progrese scăzute sau chiar de loc. Se pune atunci problema unei pedagogii speciale, făcând cât mai puțin posibil apel la citire și scriere.

Vom profita acum pentru a pune în relief rolul școlii la o vârstă critică pentru copil. Mici dificultăți, într-o clasă care nu este supraîncălzită și cu un învățător disponibil, se pot atenua și dispărea, în vreme ce condițiile pedagogice mediocre fixează tulburarea și stau la originea tulburărilor reactive ale copilului: refuzul școlar, reacția de catastrofă, inhibiția.

5. — PATOLOGII SPECIFICE

5.1. — BALBISMUL¹³

Perturbare în domeniul interacțiunilor orale, balbismul este o tulburare a debitului elocuțiunii și nu a limbajului ca atare. Se întâlnește la aproximativ 1% dintre copii, în majoritate băieți (3 - 4 băieți la 1 fată). Se distinge balbismul tonic, cu blocaj și imposibilitatea de a emite un sunet pentru un anumit timp, și balbismul clonic, marcat de o repetare involuntară, sacadată și explozivă a unei silabe, adesea fiind prima din frază. S-a căutat descrierea unei succesiuni a celor două tipuri de bălbăială, dar în realitate ele coexistă foarte frecvent.

¹³ În limbajul curent - bălbăiala. (n. t.)

Balbismul este acompaniat adesea de diverse mișcări motorii: crisparea feței, ticuri sau gesturi variabile mai mult sau mai puțin stereotipe ale feței, mâinilor sau membrilor inferioare; la acestea se asociază manifestări emotive (roșire, jenă, transpirația mâinilor).

Apare în mod obișnuit între 3 și 5 ani. Este numită în mod eronat „balbism fiziologic” o fază de repetare a silabelor fără tensiunea spasmodică sau tonică, ce survine către vârsta de 3-4 ani și care nu are nici un raport cu adevăratul balbism. Doar ulterior, în copilărie sau în adolescență, poate să apară un balbism, uneori în mod brusc, după un șoc afectiv sau emoțional.

Diversele explorări neurofiziologice nu au permis descoperirea nici unei anomalii funcționale, fapt confirmat și de variabilitatea balbismului de la o zi la alta în funcție de interlocutor, de starea afectivă a vorbitorului și de conținutul discursului său. Balbismul se accentuează atunci când relația este susceptibilă să declanșeze o emoție (părinte, școală, străin...) și se atenuază sau dispare atunci când emoțiile sunt mai ușor controlate (text cunoscut „pe de rost”, solilocvie, cântec, dialog cu un obiect sau animal...).

Factori asociați

Ereditatea a fost invocată, se regăsește în 30% din cazuri.

Dislateralitatea (stângăcia, lateralizarea neomogenă), invocată inițial, este departe de a se regăsi la toți balbicii, tot așa cum nici toți stângacii nu sunt balbici. Importanța sa este de fapt foarte redusă.

Existența unui retard de limbaj este în schimb foarte frecventă: aproximativ 50% dintre balbici prezintă astfel de antecedente. Această coexistență a stat la baza unei ipoteze patologice, făcând din balbism un „defect cu caracter direct lingvistic” (Pichon), adică o incapacitate de a găsi cuvântul adecvat în urgența pe care o impune elocuțiunea.

Inteligența copilului balbic este similară sub toate aspectele cu aceea a copilului normal. Nu se regăsesc, spre deosebire de retardul în limbaj, perturbări temporo-spațiale.

Psihopatologia balbismului

Perturbările psihoafective ale copilului balbic sunt de așa natură încât nu pot fi ignorate. Totodată, simptomul conducând în mod esențial la o distorsiune în comunicarea interindividuală, diversele lucrări ce au abordat dificultățile psihoafective ale balbicului oscilează în mod constant între doi poli: o personalitate patologică și un mediu patologic.

„Personalitatea” balbicului. – Dacă o serie de autori au sperat o vreme că vor descrie „o” personalitate patologică a subiectului balbic, din fericire această vreme a fost depășită. Totuși, anumite trăsături de personalitate se regăsesc cu o frecvență ridicată: introversiune și anxietate, pasivitate și supunere, agresivitate și impulsivitate – există în aproape toate descrierile.

Studiile psihanalitice situează balbismul fie între isteria de conversie și nevroza obsesională (O. Fenichel), fie în cadrul unei organizări paranoide pe care balbicul o structurează prin apărări obsesionale la nivelul discursului său și prin apărări isterice în forma manifestă a elocuției sale (Anzieu).

Dintr-o perspectivă puțin diferită, vom cita abordarea psihofiziologică, centrată de asemenea pe individ, care face din balbism rezultatul unui conflict de atracție și evitare în care anxietatea suscită blocajul care, prin *feed-back* negativ, eliberează într-un al doilea timp cuvântul, de unde aspectul sacadat și repetitiv al limbajului (Sheehan).

De fapt, geneza acestor tulburări nu poate fi înțeleasă în afara problemei comunicării și realizării limbajului: reacțiile anxioase, ostile sau agresive în fața altuia sunt astfel susceptibile să blocheze spontaneitatea limbajului și să conducă la apariția simptomului.

Anturajul balbicului. – Și aici s-a încercat conturarea unei tipologiei caracteriale a anturajului balbicului. Mamele sunt desigur în prim plan: anxioase și hiperprotective sau distante și lipsite de căldură, mame lipsite de siguranță și nemulțumite, contradictorii în atitudine – care atrag și apoi resping....

În prezent, atenția se îndreaptă mai mult asupra interacțiunii mamă-copil, balbismul fiind înțeles ca o incapacitate inițială de a introduce distanța pe care comunicarea prin limbaj o permite în mod normal între doi indivizi. La copil, acest fapt s-ar datora angoselor excesive în fața distanței în relația sa cu mama, având drept corolar incapacitatea de a o devaloriza sau agresa, iar la mamă s-ar datora ambivalenței extreme cu care primește această distanțare (G. Wyatt). Tatăl nu intervine decât ca personaj idealizat, dar în fapt ireal, fără raport cu persoana reală care există.

Evoluție și tratament

Dacă în anumite cazuri balbismul se atenuază sau chiar dispare în mod spontan o dată cu avansarea în vârstă, posibila sa persistență și obstacolul relațional pe care îl reprezintă justifică abordarea terapeutică.

Toți autorii sunt de acord în a recunoaște că tratamentul balbismului cu cât este mai precoce, cu atât mai bune și mai rapide sunt rezultatele. Terapia trebuie întreprinsă între 5 și 7 ani.

După vârsta de 10 ani, și apoi în adolescență, tratamentele devin dificile, iar

rezultatele, cel puțin în ceea ce privește simptomul, devin aleatoare. Acest fapt este cu atât mai ușor de înțeles cu cât balbismul a putut, o dată cu dezvoltarea copilului, să se detașeze de semnificația sa emoțională inițială și persistă pur și simplu ca o „urmare” fără raport cu problematica psihoafectivă a individului actual.

În plan tehnic, cu copilul mic, reeducarea ortofonică este recomandabilă, dar ea trebuie să aibă grijă să permită exteriorizarea agresivității întotdeauna latente. Cu copilul mai mare, în special atunci când nu există trăsături nevrotice, o psihoterapie se poate dovedi utilă dacă copilul sau adolescentul acceptă, iar părinții pot tolera manifestările sale de autonomie. Tehnicile în care centrarea pe cuvânt este mai puțin exclusivă, cum sunt relaxarea sau psihodrama, pot fi și ele utile.

5.2. — MUTISMUL

Mutismul este absența limbajului la un copil care anterior a vorbit și ale cărui tulburări nu intră în cadrul afaziei. Se pot distinge:

- mutismul total dobândit, care survine cel mai adesea după un șoc afectiv. Se observă în special în adolescență. De durată variabilă, dar cel mai adesea trecător, îi succede fie o perioadă de vorbire în șoaptă, fie un balbism tranzitoriu;
- mutismul electiv durabil: locul mutismului este variabil, intrafamilial sau, dimpotrivă, școlar, extrafamilial. Apare adesea în jurul vârstei de 6-7 ani și poate dura mai mulți ani. Se pot observa și alte simptome: inhibiție motorie, opoziție, enurezis.... Fapt remarcabil: atunci când copilul este mut la școală, el poate păstra multă vreme o activitate scrisă și să progreseze aparent normal în activitatea școlară (dictare, calcul, lecții transmise prin scris).

În plan psihopatologic

Dacă mutismul emoțional traduce adesea un mecanism de conversie isterică, în special în adolescență, înțelegerea dinamică a mutismului electiv global este în schimb mult mai dificil de abordat. Legătura care unește cuplul mamă-copil este întotdeauna foarte puternică iar limbajul poate fi investit ca o potențială amenințare la adresa acestei legături. Se pare că, în pofida unei aparente adaptări de suprafață, acest mutism maschează adesea tulburări profunde ale personalității, de tip psihotic sau prepsihotic. Deseori, în aceste familii există un „secret familial”, ceva nespus; mutismul pare să pecetluiească o alianță între anumiți membri ai familiei (în special mama și copilul) și interzice divulgarea acestui secret în afara teritoriului familial. Acest secret se articulează în general în jurul unei drame familiale: naștere nelegitimă, nebunie, moarte (Myquel).

Tratament

Tratamentul mutismului emoțional este asemănător cu abordarea terapeutică a nevrozelor traumatice (terapie suportivă utilizând explicațiile și sugestia). În cazul mutismului electiv, tratamentul psihoterapeutic poate fi dificil, în special datorită contra-transferului pe care simptomul îl suscită la terapeut. Psihodrama, dar și separarea familială, pot ajuta la modificarea simptomului.

5.3. — LIMBAJ ȘI PSIHOZĂ

Trebuie să reamintim că tulburările de limbaj sunt cvasi-constante în psihozele copilului, cu atât mai mult cu cât psihoza este mai precoce. Particularitățile limbajului în psihozele precoce sunt descrise în capitolul 16.

Cazul disfazilor este mai dificil. De fapt, diagnosticul de disfazie este teoretic incompatibil cu diagnosticul de psihoză precoce. Această distincție este fondată pe planul analizei semiologice la copilul mic. În schimb, la copilul mai mare (6-7 ani sau mai mult), dacă ne referim la funcționarea psihică (și nu doar la studiul simptomatic), nu este întotdeauna ușor de stabilit o distincție clară.

BIBLIOGRAFIE

- AIMARD P.: *L'enfant et son langage*. Simep. Villeurbanne, 1972.
- AJURIAGUERRA J. de, AUZIAS M. & col.: *L'écriture de l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1964.
- AJURIAGUERRA J. de, JAEGGI A., GUIGNARD F., MAQUARD M., ROTH S., SCHMID E.: Evolution et pronostic de la dysphasie chez l'enfant. *Psychiat. Enf.*, 1965, 8 (2), 391-453.
- ANZIEU A.: Sur quelque traits de la personnalité du bégue. *Bul. Psych.* 1968, 21, 1022-1028.
- BOUTON C.P.: *Le développement du langage: aspects normaux et pathologiques*. Masson, Paris, 1979.
- BRESSON M.F.: L'état actuel des recherches sur les dysphasies. *Textes du Centre Alfred Binet*, 1987, 11, 23-51.
- BRUNER J.S.: *Savoir faire, savoir dire*. PUF, Paris, 1983.
- BUCHSENSCHUTZ E.: Troubles sévères de la compréhension du langage associés à une épilepsie. *Neuropsychiat. Enf. et Ado.*, 1979, XXVII, 361-373.
- DIATKINE R., VAN WAAYENBERGHE M.: Dysphasies. *Psychiat. Enf.* 1990, 33, (1), 37-91.

DUGAS M., BERTHODIN M.L., MOREAU L.: Indication d'une rééducation orthophonique chez l'enfant d'âge scolaire. *Rev. Prat.*, 1978, 28, (23), 1751-1763.

DUGAS M., GERARD C.: Nouvelles approches des troubles du développement du langage: un paradigme pour la psychiatrie de l'enfant, 157-172. În: *L'enfant dans sa famille: nouvelles approches de la santé mentale*. Chiland C., Young J. (sous direction de) PUF, Paris, 1990.

EDCUMBRE R.M.: Toward a developmental line for the acquisition of language. *Psycho-anal. St. of the child*, 1981, 36, 71-103.

GOLSE B., BURSSTEIN C.: *Penser, parler, représenter. Emergences chez l'enfant*. Masson, 1990.

JAKOBSON R.: *Langage enfantin et aphasie* (tradus din engleză și din germană de J.P. Boons și R. Zygouris), Minuit, Paris, 1969.

LA GENÇSE DE LA PAROLE: *Symposium de l'Association de Psychologie Scientifique de Langue Française*. PUF, Paris, 1977.

LAUNAY Cl., BOREL-MAISONNY S.: *Les troubles de langage, de la parole et de la voix chez l'enfant*. Masson, Paris, 1972.

MARCELLI D.: Personnalité du bégue: approche thérapeutique. *Neuropsychiat. Enf. et Ado.*, 1979, XXVII, 259-263.

MYQUEL M., GRANON M.: Le mutisme électif extra-familial de l'enfant. *Neuropsychiat. Enf.*, 1982, 30, 6, 329-339.

NUMERO SPECIAL: Genèse et psychopathologie du langage. *Neuropsychiat. Enf. et Ado.*, 1984, 32 (10-11), 477-566.

PICHON E.: *Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent*. Masson, Paris, 1936.

SINCLAIR DE ZWART H.: *Acquisition du langage et développement de la pensée*. Dunod, Paris, 1967.

WYATT G.L.: *La relation mère-enfant et l'acquisition du langage*. Dessart, Bruxelles, 1969.

7 PSIHOPATOLOGIA SFEREI ORO-ALIMENTARE

1. — GENERALITĂȚI

În jurul alimentației se conturează cea mai precoce axă de interacțiune între mamă și copil, axă ce va constitui nucleul de referință al diverselor stadii de dezvoltare ulterioare. Importanța schimburilor dintre copil și mediul său în ceea ce privește alimentația nu mai are nevoie să fie demonstrată, dar multitudinea factorilor ce intervin face dificilă studiarea acestor schimburi. Vom evoca succint factorii care țin de copil, apoi cei care țin de relația cu mama și, în final, dimensiunea socio-culturală a alimentației.

Nou-născutul posedă un echipament neurofiziologic deosebit de bine dezvoltat încă de la naștere, la nivelul comportamentului de supt: reflexul punctelor cardinale însoțit de rotirea capului, reflexul de căutare a sânelui, reflexul de supt și deglutiție (acompaniat de tentative de prindere cu degetele) reprezintă o unitate motorie imediat funcțională. Cu toate acestea, nu trebuie să tragem pripit concluzia că toți bebelușii prezintă același comportament față de alimentație.

Asistentele din maternități știu să distingă în mod rapid, încă de la primele mese, bebelușii „leneși” și cei „lacom”. Atunci când se studiază ritmul de sucțiune a tetinei și frecvența opririlor, se pot distinge și bebelușii care sug în ritm rapid, aproape fără pauză, de alții, al căror ritm de sucțiune este mai lent, întrerăit de numeroase opriri. De altfel, se pare că băieții fac mai des parte din acest al doilea grup (I. Lézine & col.). Dar acest comportament de sucțiune, deja diferit de la un nou-născut la altul, este însoțit de un ansamblu de manifestări de asemenea variabile. Unii bebeluși plâng, se agită zgomotos în fața a ceea ce par să resimtă ca o tensiune intolerabilă, în vreme ce alții par să aștepte mai calm venirea hranei. Unii sug cu ochii deschiși, alții cu ochii închiși.

Oricare ar fi aceste variații individuale, se pare că sucțiunea constituie pentru bebeluș o nevoie în sine: atunci când bebelușul ia masa prea repede, el tinde să prelungească timpul de sucțiune cu ajutorul degetelor sau altui obiect; pe de altă

parte, alimentația unui bebeluș nu se reduce doar la alinarea foamei fiziologice, ci reprezintă prototipul interacțiunilor umane. Foarte timpuriu, Freud a făcut distincția între satisfacerea trebuinței alimentare ca atare (foamea) și prima de plăcere (sucțiunea) pe care bebelușul o primește, a cărei urmă ontogenică se poate spune, în mod schematic, că este apetitul. În jurul acestei „prime de plăcere” se organizează la bebeluș primele interiorizări de relații umane pe care se vor sprijini ulterior diversele alegeri de obiect ale copilului. Totodată, tendința actuală este de a considera că la această „primă de plăcere” nu participă numai sucțiunea și satisfacerea foamei, ci și ansamblul mânuirilor copilului (Winnicott): contactele corporale, cuvintele, privirile, mângăierile și legăturile materne... precum și nevoia sa de atașament (Bowlby).

Suptul este totuși „timpul forte” al acestui schimb și va reprezenta modalitatea privilegiată grație căreia bebelușul începe să exploreze lumea care îl înconjoară; fapt dovedit de această fază în cursul căreia duce tot, în mod sistematic, la gură (4-5 luni până la 10-12 luni).

Nu trebuie să credem că din acest schimb, căruia i-am relevat până acum încălcătura libidinală, este exclusă agresivitatea. A înghiți, a face să dispară, a suprima, constituie deja o mișcare agresivă, și chiar dacă trebuie să privim cu prudență ipoteza fantasmelor agresive precocissime îndreptată împotriva sânelui matern (Klein), nu este mai puțin adevărat că a hrăni un bebeluș înseamnă și a face să dispară starea de tensiune, apetența anterioară. Dacă schimbul alimentar nu a fost fructuos, dispariția acestei nevoi riscă să fie resimțită de către bebeluș ca o pierdere, o amenințare, sau chiar ca o primejdie de aneantizare: toți autorii descriu bebelușii care suferă de colica lunii a treia (v. cap. 19, I.1.) sau anorexie precoce ca fiind vioi, activi, tonici.... Ne putem întreba dacă tocmai starea de repleție postprandială nu constituie pentru aceștia o amenințare potențială. Agresivitatea legată de încorporare devine clară în faza sadic-orală (v. cap. 1, I.4.) după cum o dovedește plăcerea copiilor mici de a mușca în joacă și chiar de a mușca realmente (12-18 luni).

Nu vom relua aici studiul evoluției oraliității; dar este important să subliniem diversele sale semnificații cu vârsta și stadiile libidinale și agresive.

Atitudinea mamei este în funcție atât de comportamentul nou-născutului, de propriile ei afecte în fața oraliității, dar și de capacitatea sa de a învăța și de a se adapta la situații noi. Astfel, Lézine & col. au arătat că în cursul primelor mese, „puține dintre mamele primipare găsesc din capul locului o manieră flexibilă și îndemânică, gesturile pe care trebuie să le facă pentru a ține bebelușul, a-l manipula, a-l calma și a-i satisface nevoile în mod imediat grațios”. La început, ritmul lor de alimentare, pauzele și reluările pe care le impun, nu corespund ritmului propriu bebelușului. Cel mai adesea, în medie către a patra zi, se produce un fel de adaptare reciprocă, mama devenind conștientă

de bebelușul său ca atare și exprimând sentimentul de a fi în mai mare măsură capabilă să se ocupe de copil. Această adaptare reciprocă se produce mult mai repede la mamele care se află la al doilea copil.

În afara acestui proces de armonizare reciprocă, mamele reacționează diferit în funcție de manifestările copilului: unele par înspăimântate de aviditatea acestuia, altele sunt mândre. Invers, anumite mame pot să își exprime temerea că suptul lent și cu multe întreruperi ar putea fi indicul unor viitoare dificultăți alimentare. Aceste diverse atitudini pe care copilul le stărnește provin în mod evident din propriile fantasme inconștiente sau preconștiente ale mamei, fantasme a căror reactivare riscă să antreneze cuplul mamă-copil într-o situație patogenică atât pentru unul cât și pentru celălalt dintre protagoniști.

În fine, *societatea* intervine și ea în manieră privilegiată în schimbul alimentar mamă-copil. Nu avem intenția să ne întindem aici asupra ansamblului simbolismului cultural legat de alimentație, nici asupra rolului, întotdeauna fundamental, al mesei (după scena primitivă, urmează Cina familială). Vom reaminti așadar că la adolescență numeroase conflicte au loc în jurul mesei în familie, iar o frecvență remarcă a fetelor anorexice este aceea a dezgustului pe care declară că îl simt atunci când își văd părinții mâncând. Este deci important să precizăm locul puericulturii în relația dintre bebeluș și mama sa. Variabilității conduitei citate mai sus, puericultura i-a răspuns multă vreme printr-o presiune monomorfă în care polul dialectic (calitate și cantitate de alimente) era excesiv privilegiat în raport cu polul relațional.

În zilele noastre, tendința este mai degrabă inversă, iar o dată cu alimentația la cerere riscul este de a lăsa prea mult tânăra mamă dezarmată în fața temerilor și fantasmelor sale legate de alimentație, fără ghidul securizant pe care îl constituiau sfaturile și recomandările dietetice.

În continuare vom studia anorexia bebelușului, obezitățile și anumite conduite alimentare aberante. Colica idiopatică din luna a treia, vărsăturile psihogene, și mericisul vor fi prezentate în capitolul consacrat tulburărilor psihosomatice (v. cap. 19).

2. — STUDIUL PSIHOPATOLOGIC

2.1. — ANOREXIA DIN AL DOILEA TRIMESTRU

Această anorexie survine cel mai adesea între 5 și 8 luni. Ea apare fie progresiv, fie în mod brutal, uneori cu ocazia unei schimbări de regim alimentar: înfărcare

sau ablația (de unde și termenul de „anorexie de sevrăj”), introducerea hranei solide... În mod clasic, este vorba despre un bebeluș vioi, tonic, prezent, manifestând curiozitate pentru anturaj, avansat în dezvoltare. Foarte rapid acest refuz alimentar, mai mult sau mai puțin total, suscită o reacție anxioasă din partea mamei: încearcă să îl distragă, să se joace, să îl seducă, așteaptă ca acesta să fie somnolent, sau dimpotrivă, îl leagă, îi ține mâinile, încearcă să îi deschidă gura cu forța. În mod inevitabil, copilul iese învingător din această luptă, mama fiind epuizată și învinsă. Familia și prietenii sunt solicitați pentru părerii și sfaturi a căror divergență nu face decât să crească anxietatea maternă.

Această anorexie este izolată, bebelușul continuă să crească și adesea să se îngrășe. Rareori anorexia este atât de profundă încât conduce la o cădere a curbei de greutate, apoi a curbei staturale. Poate fi acompaniată de constipație. Deseori, o apetență intensă pentru lichide compensează anorexia față de hrana solidă. În fine, nu este rar ca această anorexie să fie centrată în jurul relației cu mama, bebelușul mâncând foarte bine cu orice altă persoană (dădaca, puericultoarea de la creșă, bunica...). Mama resimte această conduită ca un refuz direct îndreptat asupra ei, este angoasă, contrariată atunci când se apropie masa, nu mai are disponibilitatea necesară. În aceste condiții, masa nu mai înscamnă pentru copil a mânca mâncare, ci mai degrabă a înghiți angoasa mamei sale (Dolto).

Evoluția permite discriminarea a două forme (Kreisler):

Anorexia simplă. — Apare ca o tulburare esențial reactivă (la înfărcare, la o maladie intercurentă, la o schimbare a cadrului de viață...), pasageră, condita de refuz fiind legată adesea de o atitudine de forțare din partea mamei. Problema se rezolvă rapid printr-o schimbare de atitudine din partea mamei, după ce a fost liniștită, sau cu ajutorul unor amenajări practice (masa este oferită de către tată sau o terță persoană, ajutor temporar din partea unei puericultoare...).

Anorexia mentală gravă. — Aceasta nu diferă cu nimic, la început, de precedentă. Dar fie pentru că reacția anorectică este profund înscrisă în corpul său, fie pentru că atitudinea maternă nu este susceptibilă de schimbare, comportamentul anorectic persistă. Pot să apară și alte tulburări: dificultăți de somn, stări colerice intense, spasmul hohotului de plâns.... În fața mâncării copilul manifestă fie un total dezinteres, fie o opoziție vie. În acest din urmă caz, mesele constituie veritabile asalturi între o mamă care încearcă să folosească toate mijloacele pentru a introduce un strop de mâncare în gura copilului (seducție, șantaj, amenințare, coerciție...) și un copil care se zbate, scuipă, aruncă în toate direcțiile, varsă farfuria...

Comportamentul anorectic poate fi întrerupt de perioade în care copilul mănâncă mai bine, rămânând însă capricios: mănâncă numai alimentele dulci,

sau lactate, sau numai legume... Vărsăturile sunt frecvente, punând cele câteva mese pe care a reușit să le ia. În aceste condiții este posibilă o repercutare somatică. Copilul devine palid, cu o alură plăpândă, fără însă a dezvolta o adevărată maladiie.

Mult timp părinții sunt în căutarea unei origini organice care însă este rară (cardiopatie, malabsorbție digestivă, infecție, encefalopatie sau tumoră cerebrală) și care nu este însoțită de același context psihopatologic.

Abordare psihopatologică

Atenția s-a concentrat mai întâi asupra mamelor copiilor anorectici. Deși sunt adesea descrise ca autoritare, manipulative și intruzive, ele sunt departe de a prezenta un profil patologic clar. În schimb, pentru toate relația alimentară pare să constituie axa de interacțiune privilegiată care maschează sub nevoia de a hrăni o vie angoasă de a nu fi o mamă bună, sau o angoasă de abandon, sau de moarte...

În ceea ce privește bebelușul, refuzul alimentar a primit diverse interpretări în funcție de stadiile genetice de dezvoltare. Anorexia poate fi înțeleasă ca o tentativă de a evita faza de repleție și de detență postprandială, trăită ca potențial primejdioasă datorită dispariției oricărei tensiuni. La rândul său, Spitz a considerat că întoarcerea capului de la biberon sau de la sân pentru a marca sățietatea reprezintă prototipul gestului semantic „nu”, iar în acest sens anorexia ar fi o conduită masivă de refuz în relația mamă-copil ce riscă apoi să împiedice accesul la o simbolizare mai mentalizată. În același spirit, s-a remarcat frecvența și excesiva familiaritate a bebelușilor anorectici față de străini, la o epocă la care se constituie în mod normal angoasa de străin. Această familiaritate ar dovedi o incapacitate de individualizare a figurii materne și de focalizare a angoasei asupra figurii străinului. Refuzul alimentar dovedește „contaminarea anxioasă” pe care o suferă relația cu mama și tentativa de stăpânire ce rezultă de aici. Această dificultate de mentalizare ar putea constitui baza unei viitoare organizări psihosomatice.

Atitudinea terapeutică trebuie să se centreze asupra relației mamă-copil, în încercarea de a diminua angoasa maternă și a reduce atitudinile nocive mai marcate. Simpla decizie de a controla un pedopsihiatru este suficientă uneori pentru a liniști temerile: astfel, nu este rar ca bebelușul să mănânce bine chiar înainte de consultație. Totodată, cum aceste atitudini au ca origine fantasme preconștiente sau inconștiente ale mamei referitoare la relația alimentară, o psihoterapie fie doar cu mama, fie a cuplului mamă-copil este uneori necesară.

Forme specifice de anorexie a bebelușului

În funcție de vârstă, se pot întâlni mai rar:

- *anorexia esențială precoce* care apare încă de la naștere, fără un interval liber, la un bebeluș pasiv la început, care pare că nu acordă nici un interes meselor. Atitudinea de opoziție apare secundar.

- *În plan diagnostic*, trebuie semnalat că anorexia precoce gravă poate fi unul dintre primele semne de autism sau de psihoză infantilă precoce, ale căror manifestări trebuie întotdeauna căutate: ele pot să apară treptat în al doilea an de viață;

- *anorexia din a doua copilărie* urmează cel mai adesea formei tipice. Totodată ea poate să apară la aceeași vârstă, marcată de o vie atitudine de opoziție și existența frecventă a capriciilor alimentare mai mult sau mai puțin schimbătoare;

- *anorexia mentală a fetelor* (v. Compendiul *Adolescență și psihopatologie*, cap. 6).

2.2. — OBEZITATEA

Menținută multă vreme în planul secund, în spatele anorexiei mentale, problemele ridicate de obezitate încep să ocupe primul plan al scenei, în special ca urmare a numeroaselor articole referitoare la obezitatea adulțului și evoluția acesteia, din care reiese că precocitatea apariției obezității este un factor important de prognostic. În plan clinic, obezitatea se definește printr-un excident de cel puțin 20% în greutate în raport cu media normală corespunzătoare taliei. Un excident mai mare de 60% reprezintă un factor de risc sigur. Frecvența obezității este în jur de 5% în populația școlară.

Deși solicitarea unei consultații este adesea tardivă, de obicei în jurul pubertății, începutul obezității poate fi precoce, încă din primii ani de viață, cu alte cuvinte există o mare distanță între vârsta de constituire și vârsta la care are loc consultația pentru obezitate. Există două perioade de predilecție pentru constituirea unei obezități: chiar din primul an de viață, sau în perioada prepubertară între 10 și 13 ani. Se disting astfel obezitățile primare și obezitățile secundare.

În funcție de aspect și de numărul de adipocite, pediatrii descriu:

- obezitățile hiperplastice, în care volumul adipocitelor este foarte ridicat, obezități ce se constituie încă din primul an de viață;
- obezitățile hipertrofice, atunci când numărul celulelor adipose este normal, dar talia lor este excesivă;

— în fine, obezițiile mixte.

În plan alimentar, obezitatea se constituie uneori ca urmare a crizelor bulimice ale copilului, dar cel mai adesea ea este consecutivă unei hiperfagii întreținute de climatul familial. Excesul de aport poate fi global sau poate fi făcut în favoarea glucidelor (făinoase sau dulciuri) ingerate în special după amiază, după întoarcerea de la școală.

Obezitățile ce comportă o cauză endocrină sunt excepționale (mai puțin de 1%) și sunt însoțite de un retard de creștere.

În plan psihologic, este dificil uneori să se mai distingă, odată instalată obezitatea, dimensiunea reactivă sau cauzală a tulburărilor observate.

Personalitatea copilului obez

S-a căutat o tipologie caracteristică a obeziției, în special în opoziția anorexie-slăbire-hiperactivitate cu polifagie-obeziitate-masivitate (H. Bruch). Copiii obezi sunt în general descriși ca fiind apatici, tăcuți, timizi, dar totodată capabili de reacții de prestație sub formă de mânie subită. În același timp, apatia și pasivitatea nu sunt constante, putând, dimpotrivă, să-i caracterizeze o anumită activitate fizică. Obezității i se asociază deseori alte simptome ce dovedesc suferința psihică: eșec școlar, enurezis, acestea întâlnindu-se cel mai adesea în obezițiile secundare. Atunci când eficiența intelectuală este normală sau de nivel superior, inhibiția sau pasivitatea afectează adesea reușita.

Cel mai frecvent obezitatea nu se înscrie în tabloul unui sindrom net, deși se integrează uneori într-un tablou psihopatologic precis, cum ar fi o psihoză. În cadrul acestei psihoze, obezitatea poate fi caracterizată de aspectul său monstruos (supraponderalitate de 60% sau mai mult), variabilitatea sa conducând la ceea ce se numește „obeziitate informă”.

Obezitatea se întâlnește frecvent și în tablourile de debilitate mintală: copilul caută satisfacții imediate, nesimbolizate, funcția parentală este redusă mai degrabă la rolul alimentar decât cel educativ, acestea sunt explicațiile propuse. Se regăsește frecvent existența unei carențe afective care de altfel poate fi asociată unui tablou de debilitate sau pseudo-debilitate. Problematice de tip plin-vid ocupă aici un loc privilegiat, copilul încercând să umple lipsa atât de crud resimțită.

Evoluția obeziției

Am semnalat deja distanța mare existentă între constituirea obeziției și vârsta copilului la care este solicitată prima consultație. Cu excepția unor cazuri particulare, abia la pubertate, între 11 și 13 ani, părinții se îngrijorează, mai des pentru ficia decât pentru fiul lor. Toți autorii sunt de acord în recunoașterea relativei persistențe a simptomului în pofida diverselor tratamente întreprinse.

Doar 15-20% dintre obeziți regresează (Job), celelalte persistând și la vârsta adultă.

Elemente de reflecție psihopatologică

Copilul obez și familia sa. — Determinismul familial și cultural al obeziției este unul important. Astfel, există familii de obezi unde se intrică factorii genetici și obiceiurile alimentare. De asemenea, obezitatea este frecventă la copiii din clasele defavorizate când acced la „societatea de consum”. În aceste familii, obezitatea este încă investită cu simbolismul de „sănătate”.

În constelația familială a fost descris comportamentul alimentar excesiv al mamelor (Bruch) care răspund la orice manifestare a bebelușului printr-un aport alimentar: asta ar perturba senzația de foame a copilului, orice tensiune ulterioară declanșând o nevoie de a înghiți ceva.

Copilul obez și corpul său. — Schema corporală a copilului obez este adesea perturbată, cu atât mai mult cu cât obezitatea s-a constituit mai precoce. Reprezentarea unui corp filiform, aerian, nu este rară. Vom aborda aici problematica identității, inclusiv aceea a identității sexuale, unde obezitatea joacă un rol diferit în funcție de sex. Foarte schematic, se poate spune că obezitatea fetiței este un mijloc activ de afirmare virilă a corpului său negându-i castrarea, în vreme ce la băiat, obezitatea care înecă sexul în grăsimea prepubertară apare ca o protecție pasivă împotriva angoaselor de castrare, mascând însăși existența sexului, fapt relevant foarte bine uneori de teste proiective.

Viața fantasmatică a copilului obez. — Sub atitudinile de prestație, de forță și vigoare, se ascunde destul de des o trăire depresivă, mai mult sau mai puțin severă, împotriva căreia obezul caută să se protejeze: vidul, lipsa, absența sunt resimțite cu acuitate. Este mobilizată rapid viața fantasmatică legată de oralitate, subînșinată de intense angoase de devorare, lumea exterioară fiind resimțită ca primejdioasă. În fața acestui pericol, regresia narcisică dovedită frecvent prin recursul la teme marine și oceanice în cadrul testelor, constituie un al doilea versant, obezitatea servind drept afirmare de sine și luând locul, în manieră concretă, unei imagini de sine ideale. Astfel, obezitatea ar avea în mod constant acest dublu rol: pe de o parte, de protector împotriva lumii înconjurătoare, iar, pe de altă parte, de garant al integrității și al valorii de sine, importanța relativă a unuia sau altuia dintre roluri explicând varietatea tablourilor clinice.

Tratament

A ne adresa în mod unilateral numai simptomului de obezitate este în general sursă de dificultăți și de eșec, cu atât mai mult cu cât regimul a fost solicitat de

către părinți și nu de către copil. Dacă este posibil să fie făcut copilul să slăbească în timpul regimului, el va reface foarte rapid kilogramele pierdute, imediat după încetarea acestuia.

Restricția calorică, utilă cu siguranță, chiar indispensabilă, trebuie însoțită de o evaluare a rolului psihosomatic al obezității și de o motivație a copilului pentru acest tratament. Câteva consultații terapeutice sau chiar o psihoterapie de susținere sunt necesare.

Tratamentele medicamentoase nu sunt recomandabile, anorexigenele amfetaminice trebuind administrate cu prudență.

2.3. — COMPORTAMENTELE ALIMENTARE DEVIANTE

Crizele de bulimie

Se pot observa la adolescenții anorexici, sau la copiii obezi, dar și la copiii care prezintă diverse tipuri de structuri mentale. Este vorba despre impulsuri irezistibile de a mânca, ce survin în mod brusc, acompaniate sau nu de senzația de foame, ce vizează în mod normal alimente apreciate sau nu de către subiect, cel mai adesea fără discriminare. Ele sunt descrise ca o nevoie imperioasă de a-și umple gura, mestecând mai mult sau mai puțin, ca o veritabilă foame devorantă ce poate dura un timp variabil, de la câteva minute până la mai multe ore. Încetează abrupt, deseori fiind urmate de impresia de dezgust la vederea frigiderului devastat, a borcanelor de dulceață golite și constatarea amară a absenței totale a oricărui simț critic și a oricărei igiene alimentare în cursul acestui fenomen. Starea se încheie adesea printr-un acces de toropeală, chiar somnolență, în care poate fi resimțit un sentiment de repleție, fie cu dezgust, fie cu plăcere.

Trebuie semnalat că accesele grave de bulimie se integrează uneori într-o conduită psihotică în care hrana este suportul unei investiții delirante.

Manierism și dezgust electiv

Este vorba despre comportamente foarte frecvente în copilăria mică, alternând uneori cu perioade anorectice. Ele vizează diferite tipuri de alimente, fie în sensul dezgustului, fie în sensul dorinței. Se poate cita spre exemplu dorința selectivă de alimente lactate de culoare albă, dorințele electiv de dulciuri sau ciocolată. Invers, se poate cita dezgustul electiv față de carne, alimente fibroase de tipul fasolei verzi, sparanghelului, prazului.

Anumite alimente suscită frecvent reacții vii din partea copilului, fie datorită culorii, fie datorită consistenței sau caracterului simbolic deosebit al alimentului:

astfel „poighița de deasupra laptelui” lasă rareori indiferent copilul, acesta reacționând cel mai adesea prin dezgust, sau mai rar prin dorință. Dorința regresivă față de sân, transformată în contrariul său, sub forma dezgustului ar putea constitui o explicație (A. Freud). Dacă aceste preferințe sau dezgusturi electiv dovedesc în mod evident investirea fantasmatică particulară a anumitor alimente și a ingerării lor (cum este spre exemplu încercarea de a controla sau de a nega agresivitatea orală și fantasmele canibalice în refuzul cărni), ele constituie în același timp, pentru copil, un mijloc de presiune și manipulare a enturajului său. Copilul anorectic obține uneori din partea părinților săi adevărate acte de bravură pentru a „procura” produsul dorit, confirmându-și astfel atotputernicia asupra lor.

La o vârstă mai mare, astfel de conduite pot dovedi organizări mai clar patologice, putând chiar să vehiculeze idei delirante de tip hipocondriac.

Potomania

Este vorba despre o nevoie imperioasă de a bea mari cantități de apă, sau, în absența acesteia, a oricărui alt lichid. Atunci când se încearcă limitarea acestei conduite, unii autori au descris copii capabili să își bea propria urină.

Diagnosticul diferențial trebuie să elimine cu mare atenție o cauză organică (diabet glicozuric, diabet insipid, sindromul poliuro-polidipsic) înainte de a susține potomania.

În plan psihopatologic, dacă anumiți copii prezintă tulburări de personalitate ce se înscriu în cadrul unei psihoze, la alții această potomanie apare ca o perturbare a noțiunii de sete ce își găsește semnificația fie într-un comportament nevrotic regresiv (prima formă de alimentare a copilului este lichidă, iar absorbția primelor „bucăți” ridică adesea numeroase probleme atât mamei angustate de ideea de sufocare, cât și copiilor ca atare, neobișnuți să mestece), fie într-un comportament de opoziție față de enturaj, cel mai adesea față de mama care încearcă să limiteze cantitatea de lichide ingerate.

Episoadele spontane regresive de potomanie nu sunt o raritate. Ele pot să preceadă, sau invers, să succedă uneori o conduită bulimică sau una anorectică.

Pica

Purtând denumirea din limba latină a coțofenei, pasărea cu voracitate omnivoră, sub termenul de pică este descrisă ingestia de substanțe necomestibile dincolo de perioada normală (între 4 și 9-10 luni) în cursul căreia copilul duce totul la gură ca primă modalitate de aprehensiune a lumii. În pica, copilul înghite cele mai diverse substanțe: cuie, monede, nasturi, jucării miciute, creioane, scrum de țigară, hârtie, tencuială, iarbă, pământ, nisip etc. Uneori copilul înghite de fiecare dată același obiect, dar cel mai adesea înghite orice.

Acest comportament pare să se observe fie la copiii aflați în situație de carență afectivă profundă sau de abandon, fie la copiii psihici, asociindu-se atunci altor perturbări, în special tulburărilor funcției alimentare și digestive (anorexie, diaree/constipație, incontinență...).

Anumiți autori, constatând frecvent o anemie hipocromă la acești copii, au interpretat comportamentul lor ca o căutare a fierului. O terapie cu marjă permite unele ameliorări ale conduitei de pica, dar aceste rezultate s-au dovedit foarte inconstante.

Coprofagia

Nu este frecventă în copilărie. Deși nu este rar ca la vârsta de 2-4 ani, în momentul achiziției curățeniei, copilul să își întindă măcar o dată materiile fecale pe pat, pe așternuturi sau pe perete, această conduită este în general izolată și se transformă rapid în deznăd. În schimb, atracția pentru materiile fecale este rară și traduce o perturbare profundă, atât în investirea corpului, cât și a relației cu altul, în special cu mama. Comportamentul de coprofagie se observă adesea când copilul este singur, în patul lui, și se poate face un fel de paralelism cu mericismul.

Mamele copiilor coprofagi sunt adesea reci, lipsite de afecțiune și chiar ostile, mergând până la maltratarea copilului (Spitz). Coprofagia se integrează de cele mai multe ori într-un tablou ce evocă psihoza.

BIBLIOGRAFIE

- BRUCH H.: *Les yeux et le ventre*, Payot, Paris, 1975.
 BRUSSET B.: *L'assiette et le miroir*, Privat, Toulouse, 1977.
 CUKIER-MEMEURY F., LEZINE I., AJURIAGUERRA J. de: Les postures de l'allaitement au sein chez les femmes primipares. *Psychiat. Enf.* 1979, 22 (2), 503-518.
 DOYARD P.A.: Le pédiatre et l'obésité de l'enfant. *Perspect. Psychiat.*, 1979, 17 (74), 362-365.
 KESTEMBERG E., KESTEMBERG J., DECOBERT S.: *La faim et le corps*, PUF, Paris, 1972.
 KREISLER L., FAIN M., SOULE M.: *L'enfant et son corps*, PUF, Paris, 1974.
 MARCELLI D., CANARELLA Th., GASPARD B.: Les aspects cliniques de l'obésité de l'enfant. *Perspect. Psychiat.*, 1979, 17 (74), 366-374.
 SELVINI-PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G., PRATA G.: *Paradoxe et contre-paradoxe*, ESF, Paris, 1980.

8 TULBURĂRI SFINCTERIENE

1. — GENERALITĂȚI

În achiziția curățeniei și controlului sfincterian, urinar și anal, intervin trei axe: o axă neurofiziologică, o axă culturală și o axă relațională.

1.1. — NEUROFIZIOLOGIA SFINCTERIANĂ

Este marcată de trecerea de la un comportament reflex automat la un comportament voluntar controlat. La nou-născut, micțiunea și defecația succed la început repleția. Controlul sfincterelor striate se dobândește progresiv, iar controlul sfincterului anal îl precede în general pe cel al sfincterului vezical.

Acest control face să intervină mai multe componente: maturizarea locală, capacitatea precoce de condiționare... Astfel că devine destul de repede dificilă delimitarea contribuției acestor factori.

Studiile asupra motricității vezicale prin înregistrarea curbelor de presiune intravezicală au permis distingerea mai multor stadii (Lauret): automatismul infantil (curba A1 până la un an); începutul inhibiției (A2 până la 2 ani); posibilitatea inhibiției complete (B1 până la 3 ani); curba de tip adult (B2 după 3 ani); achiziția unui veritabil control sfincterian nu este posibilă înainte ca motricitatea vezicală să fi ajuns la acest ultim palier, chiar dacă o condiționare precoce ne-ar putea face să credem într-o curățenie aparentă.

1.2. — CONTEXTUL CULTURAL

Nu poate fi disociat de învățarea curățeniei. În funcție de cultură, această învățare se desfășoară într-un context mai mult sau mai puțin rigid, exercitând asupra copilului presiuni rigide, moderate sau lejere (Anthony). Evoluția recentă a obiceiurilor, răspândirea cunoștințelor referitoare la copilăria timpurie, climatul

ani. Enurezisul secundar se caracterizează prin existența unei perioade anterioare de curățenie tranzitorie. Enurezisul primar succede direct perioadei de lipsă fiziologică de control. Enurezisul primar nocturn este de departe forma cea mai frecventă.

Conform ritmului nictemeral se disting enurezisul nocturn, cel mai frecvent, diurn, asociat adesea cu micțiuni imperioase, sau mixt. De asemenea, în funcție de frecvență, s-a descris enurezisul cotidian, neregulat, sau intermitent (enurezis tranzitoriu cu perioade uscate îndelungate).

Este vorba despre un simptom frecvent, ce privește 10-15% dintre copii, cu o predominanță netă la băieți (2/1). El se asociază uneori cu alte manifestări: encoprezis cel mai adesea, potomanie, imaturitate motorie. Trebuie semnalată frecvența ridicată și inexplicabilă a stenozei de pilor în antecedentele copiilor enuretici.

1.3. — AXA RELAȚIONALĂ

Ultima axă este aceea relațională. Pe lângă maturizarea neurofiziologică și presiunea culturală, în societatea noastră în care relația mamă-copil este privilegiată și protejată, achiziția curățeniei este, în cursul celui de-al doilea și al treilea an, unul dintre elementele tranzacționate în diada mamă-copil.

Materiile fecale, și în mai mică măsură urina, vehiculează o mare încărcătură afectivă ce poate fi pozitivă sau negativă, dar rămâne legată de conținutul corpului și deci de corp ca atare. Achiziția controlului sfincterian se face datorită plăcerii expulzării mai întâi și ulterior a retenției, apoi datorită cuplului retenție-expulzare: noul control asupra propriului corp produce copilului un sentiment de triumf întărit în plus de satisfacția maternă. Natura investirii acestei funcții de retenție-expulzie, investire pulsională predominant libidinală sau predominant agresivă, depinde în mare parte de stilul de relație dintre mamă și copil care se leagă în jurul controlului sfincterian: exigența imperioasă a mamei care deposează copilul de o parte din corpul său și primește urina și fecalele sale cu o mască de dezgust; satisfacția unei mame de a-și vedea copilul progresând și devenind autonom în aceste conduite cotidiene și îi primește urina sau fecalele cu plăcere. În acest mod se operează trecerea de la cuplul retenție-expulzare la cuplul ofrândă-refuz sau la cuplul cadou bun-deșeu.

Studiile epidemiologice confirmă importanța acestei dimensiuni relaționale, punând în evidență frecvența tulburărilor sfincteriene și de alt tip în condițiile unei învățări inadecvate (Nourissier).

2. — ENUREZISUL

Enurezisul se definește ca emisie activă completă și necontrolată de urină după trecerea vârstei obișnuite de maturizare fiziologică dobândită între 3 și 4

2.1. — DIAGNOSTIC DIFERENTIAL

În mod obișnuit este simplu:

- *afecțiunile urologice*, iritative (calculi vezicali) sau malformative (anastomoză anormală sau ectopie a ureterelor, atrezie de meat) sunt însoțite adesea de alte semne micționale: micțiuni foarte frecvente, dificile (retard de evacuare, jet slab) sau dureroase. La cel mai mic semn de suspiciune, sunt justificate investigațiile complementare;
- *afecțiunile neurologice* (vezică neurologică cu micțiune reflexă sau prin revărsare) sunt evidente prin tulburările asociate, fie că sunt de origine infecțioasă (mielite), sau malformative (spina-bifida);
- epilepsia nocturnă poate fi mai dificil de recunoscut dacă emisia de urină constituie singura dovadă. În caz de dubiu, poate fi necesară o înregistrare electroencefalografică nocturnă.

2.2. — FACTORI ETIOLOGICI

Trebuie prezentați în funcție de diversele axe ce concură la achiziția curățeniei:

- axa interrelațiilor familiale;
- axa de dezvoltare psihoafectivă a copilului.

Așa cum se întâmplă în cazul oricărui simptom care vizează corpul copilului, se observă o strânsă interacțiune între aceste diferite axe: vicisitudinile uneia sunt estompate sau întărite în funcție de desfășurarea celorlalte axe. Astfel, un

retard în maturizarea fiziologică poate servi ca punct de amorsare a unui conflict activ de tip retenție-expulzare, a cărui dezvoltare își are originea fie în intensitatea vieții pulsionale a copilului, fie în suprainvestirea familială a funcțiilor excretorii.

Pomind de aici, privilegierea unui factor etiologic în raport cu altul depinde adesea de poziția teoretică a autorilor. Vom expune aici diferenții factori incriminați cel mai frecvent.

Un factor ereditar care își găsește justificarea în relativa frecvență a enurezisului familial, fără ca o transmitere genetică precisă să fi fost pusă la rândul ei în evidență. Trebuie să punctăm faptul că enurezisul a fost considerat, din perspectiva etologică, ca o resurgență patologică a unui comportament înăscut, în mod normal reprimat; îndepărtarea acestei reprimări ar prezenta, din această perspectivă, o analogie cu marcarea teritoriului la animale.

Mecanica vezicală a enureticului a fost amănunțit studiată. Capacitatea vezicală, presiunea intravezicală nu par diferite de cele ale copilului normal. Totodată, la acești copii enuretici înregistrările citomanometrice au arătat existența unor curbe de presiune a căror dinamică este identică celei care se întâlnește la copii mai mici (1-3 ani). Aceste constatări justifică evocarea unei „*imaturități neuromotorii a vezicii*”, a cărei importanță și frecvență variază în funcție de autori.

Somnul enureticului a făcut obiectul unor studii mai recente. Pe de-o parte, copilul enuretic are adesea vise „ude”: jocuri în sau cu apă, inundații, sau pur și simplu vise de micțiune.

La nivelul calității somnului, a fost uneori incriminată profunzimea acestuia, dar înregistrările poligrafice sistematice ale somnului nu au arătat nici o diferență semnificativă în raport cu copiii non-enuretici. În ceea ce privește diferitele faze ale somnului, enurezisul survine cel mai adesea chiar înaintea apariției unei faze de somn cu vise. Faptul de a lăsa copilul în urină pare să exercite un efect de blocaj asupra apariției fazelor III și IV ale somnului profund care survin în mod normal dacă copilul este schimbat după micțiune.

În timp, micțiunea fie unică, fie repetată (o dată sau de două ori), survine la o oră sau o oră și jumătate după adormire.

Factorii psihologici rămân cei mai evidenți. Nu trebuie decât să amintim frecvența corespondență între apariția sau dispariția enurezisului și aceea a unui episod marcant în viața copilului: separare familială, nașterea unui frate mai mic, intrarea la școală, emoțiile de orice natură...

Acești factori psihologici pot acționa fie la nivelul copilului ca atare, fie la nivelul mediului familial.

Copilul și personalitatea sa

În ce privește o anumită tipologie psihologică, în manieră clasică se opun enureticii pasivi, moi, docili, cu cei care sunt agresivi, revendicativi, opoziționiști. De asemenea, a fost evocată imaturitatea și emotivitatea copiilor care suferă de „eretism vezical”. În realitate, marea varietate a profilelor descrise arată slăbil interes relativ.

Cât privește semnificația pe care o dobândește enurezisul în imaginația copilului, aceasta este în funcție atât de punctul de fixație al dezvoltării psihoaffective căruia îi corespunde acest simptom (faza anală de retenție-expulzare), cât și de remaniere ulterioare datorate continuării acestei dezvoltări. Astfel micțiunea se îmbogățește rapid cu un simbolism sexual: utilizare auto-erotică a excitației uretrale, echivalent masturbator, agresivitate uretrală, afirmare virilă la băiat... Simptomul dobândește astfel un loc într-un ansamblu nevrotic mai amplu.

Semnalam că anumiți autori asimilează enurezisul unui simptom de „depresie mascată”, în principal datorită acțiunii împiramei.

Anturajul copilului

Intervine în raport cu doi versanți, fie prin carență sau deficit, fie prin suprainvestire. În primul cadru, trebuie semnalată frecvența conflictelor familiale (despărțiri familiale, carențe socio-economice în sens larg) în familiile copiilor enuretici. De asemenea există o frecvență ridicată a enureticilor printre copii care trăiesc în internate. Pe de altă parte, este frecventă suprainvestirea funcției sfinceriene de către părinți: așezarea pe oliță precoce și intempestivă, ritualizarea mai mult sau mai puțin coercitivă (pe oliță la interval de o oră...). Acest fapt se observă în special la mamele obsesionale sau fobice, care au nevoie de un cadru educativ bine delimitat, lipsit de respect pentru ritmul propriu al copilului. Astfel este conflictualizată această funcție sfincieriană: angoasa, teama, sentimentul de culpabilitate sau rușine, opoziția vor acompania progresiv micțiunea.

Existența ca atare a enurezisului poate modifica atitudinea familială și astfel să perenezeze conduita patologică, fixând-o. Răspunsul familial poate să se producă în registrul agresivității: pedeapsă, amenințare, ironizare, sau chiar violență fizică, sau dimpotrivă, printr-o complezență protectoare: plăcerea de a schimba așternuturi, de a spăla copilul, imposibilitatea de îndepărtare (fără tabere școlare, fără vizite la prieteni...) datorită complicațiilor ocazionale.

Simptomul se fixează în acest mod, fie prin existența unor beneficii secundare, fie pentru că se înscrie într-un conflict nevrotic ce se organizează treptat.

Asocieri psihopatologice

— ÎNĂPOIERE MENTALĂ. — Enurezisul este cu atât mai frecvent cu cât debilitatea este mai profundă. Această asociere subliniază *a contrario* importanța maturității neurofiziologice.

— PSIHOZA. — Simptom frecvent în cadrul unui ansamblu mult mai vast de perturbări.

— NEVROZA. — Dimensiunea simbolică a enurezisului este reperabilă în mod particular și ajută la înțelegerea sa.

2.3. — TRATAMENT

Depinde de contextul psihologic. În majoritatea cazurilor, enurezisul dispare în a doua copilărie: aprecierea eficacității terapeutice trebuie să țină cont de acest aspect. Diversele măsuri terapeutice se adresează copiilor mai mari de patru ani și jumătate.

Măsuri generale. — Constau în corectarea măsurilor educative nefaste: învățarea prea precoce sau rigidă, excesul de precauții (așternuturi, chiotoi, scutece, aleze multiple, îngrijiri intime repetate...).

Moderarea consumului de lichide seara, fără ca acesta să ia un aspect excesiv, igiena de viață cu practicarea unui sport (natație) pentru copiii inactivi.

Aceste măsuri necesită participarea familiei, dar și abandonarea eventuală a pozițiilor care ar reflecta conflictele nevrotice maternelle, care altfel spus nu sunt întotdeauna ușor de obținut!

Motivarea copilului

Informarea copilului asupra funcționării urinare este fundamentală. Demistificarea simptomului, oferirea posibilității copilului de a nu mai trăi ca o victimă supusă și vinovată. Desenele, explicarea traiectului urinei de la gură până la sfîncter pot fi utile.

Participarea copilului la rezultate prin notarea într-un caiet merge în sensul acestei motivații, fără ca aceasta să devină un comportament obsesional.

Trezirea nocturnă

Trezirea de către părinți la ore regulate. — După o micțiune completă la culcare, copilul este trezit complet după o oră, o oră și jumătate de la adormire,

timp de trei săptămâni sau o lună, întârziind în fiecare noapte trezirea cu aproximativ 15 minute.

Trezirea cu ajutorul unui dispozitiv sonor a cărui declansare se datorează conductibilității așternutului încă de la emiteria primelor picături de urină. Este preferabil ca acest dispozitiv să nu fie utilizat înainte de 7-8 ani. Intensitatea zgomotului poate să creeze probleme (fratru, vecini) și să reducă utilizarea dispozitivului. Totodată, atunci când copilul acceptă acest aparat, asistăm la o diminuare rapidă a numărului de sonerii, iar apoi la treziri spontane.

Prescrierile de medicamente. — Produsele din seria antidepresivelor au totodată o acțiune anticolinergică periferică, relaxând musculatura netedă a vezicii (detrusor), și o acțiune stimulantă asupra sistemului nervos central. Este preferabil ca aceste produse să nu fie prescrise înainte de 6 ani. În mod obișnuit se propune imipramina, de două ori pe zi (la ora 16 și la culcare).

Desmopresina (analog al hormonului anti-diuretic) în pulverizator nazal prezintă o eficacitate similară (70-80% din cazuri). În cele două cazuri, tratamentul se prescrie în cure de una până la trei luni maximum, repetând o dată sau de două ori tratamentul dacă simptomul reapare. În cazul persistenței simptomului este preferabil să nu fie prelungite tratamentele medicamentoase și să se opteze pentru o abordare psihoterapeutică.

Psihoterapiile. — Acestea se adresează cazurilor în care contextul nevrotic este în prim plan, sau este cel puțin atunci când prevalează determinanții psihologici:

- fie o psihoterapie scurtă, asociind atitudini explicative, sugestive și interpretări care clarifică semnificația simptomului;
- fie psihoterapie clasică sau psihodramă, atunci când tratamentele anterioare au eșuat, când apar manifestările nevrotice (anxietate, conduită fobică sau obsesională) sau când enurezisul accentuează o relație de dependență sau o suferință psihică (rușine, devalorizare). În aceste forme abordarea psihoterapeutică, centrându-se pe semnificația oedipiană a simptomului, permite adesea o ameliorare a simptomelor nevrotice chiar dacă enurezisul propriu-zis este frecvent o manifestare foarte rezistentă.

3. — ENCOPREZISUL

Encoprezisul este o defecare în chilot la un copil care a depășit vârsta obișnuită de achiziție a curățeniei (între 2 și 3 ani).

Se distinge encoprezisul primar, fără o fază anterioară de curățenie, și encoprezisul secundar, mult mai frecvent, după o fază mai mult sau mai puțin îndelungată de curățenie. Este aproape exclusiv diurn. Astfel, spre deosebire de enurezis, forma cea mai frecventă este encoprezisul secundar diurn. Raportul este în medie de trei băieți la o fată. Vârsta de apariție a simptomului se situează de obicei între 7 și 8 ani. Frecvența este estimată la aproximativ 1,5 până la 3% în funcție de vârstă. Se asociază adesea cu enurezisul (25% din cazuri) care uneori este diurn. Encoprezisul și enurezisul pot fi concomitente sau se succed pe perioade alternative.

Studiul seriilor suficient de importante nu a relevat alte asocieri caracteristice; nu există în mod deosebit un antecedent somatic semnificativ mai frecvent la copii encopretici. Nici nu se regăsesc antecedente familiale. Trebuie deosebit encoprezisul de incontinențele anale care se observă în anumite sindroame neurologice (sindromul coadă de cal) și în encefalopatiile severe.

3.1. — STUDIU CLINIC

Aspectul fecalelor este variabil. — Pot fi fecale bine mulate, evacuate complet în chilot, fecale apoase, moi, abundente, care umplu chilotul și curg în pantalon, sau simple „scăpări” seurgeri care pătează lenjeria.

Ritmul este și el variabil. — Cotidian sau pluricotidian, encoprezisul este totuși adesea intermitent, net scandat de episoadele din viața copilului: vacanțe, separări de mediul familial, școală. Uneori este reperabilă o anumită regularitate a orei și locului (Marfan vorbea de o „defecare involuntară a școlariilor”), dar acest fapt nu este constant.

Condițiile de defecare nu sunt întâmplătoare. Anumiți copii se izolează și se lasă absorbiți într-o activitate care nu este foarte diferită de conduita obișnuită a copiilor care merg la W.C. Alții evacuează fecalele fără a-și întrerupe activitățile; în fine, alții le lasă să scape în timp ce aleargă, în drum spre toaletă. Caracterul voluntar sau nu al encoprezisului rămâne un subiect discutabil. Atunci când este întebat, copilul pune întotdeauna înainte incapacitatea de a se controla, dar anumite observații infirmă uneori caracterul involuntar. La fel se întâmplă și cu conștiința defecării. Unii copii afirmă că „nu simt nimic”, alții declară că simt în mod normal fecalele, dar sunt incapabili să le rețină.

Raportul copilului cu fecalele merită să fie întotdeauna atent urmărit:

— uneori copilul pare indiferent față de simptom, doar mirosul care deranjează anturajul revelându-i existența;

— adesea însă copilul dezvoltă conduite de disimulare, chiar de acumulare: chiloții sunt ascunși sau aranjați într-un sertar sau sub un dulap. Foarte rar, copilul încearcă disimularea encoprezisului spălându-și chilotul. Cel mai adesea aceste conduite sunt însoțite de un sentiment de rușine și sunt ascunse cu grijă de anturaj, mai puțin față de mamă.

În fine, mai rar, copilul poate să aibă un comportament provocator, exhibându-și lenjeria murdară, indiferent de observațiile sau repreșiile anturajului.

3.2. — FACTORI ETIOLOGICI

Mai mult decât în cazul enurezisului, dimensiunea relațională și psihologică se află în prim plan în constituirea unui encoprezis. Totuși, pot interveni și alți factori.

Perturbări fiziologice

Studiile asupra tranzitului intestinal, a mecanicii sfincterului anal, a presiunilor asupra ampulei rectale, a sensibilității mucoasei anale nu au pus în evidență nici o anomalie organică sau funcțională. Totuși, unii autori disting un encoprezis cu rectul vid și un encoprezis cu rectul plin, mai frecvent, acompaniat sau nu de fecaloame sigmoidiene. Tușul rectal, radiografia abdominală fără pregătire permit descoperirea acestor fecaloame. Prezența lor obiectivează retenția materiei fecale și ridică problema asocierii encoprezisului cu constipația. S-a avansat ipoteza că encoprezisul ar fi un fel de defecare prin „debordare” sau „scăpare”, pentru că sensibilitatea și motricitatea normală a ampulei rectale ar fi perturbată prin acumularea materiilor reținute în acest mod. Probele explorărilor dinamice nu au confirmat această ipoteză.

Personalitatea copilului

Nu există un profil psihologic univoc, dar trăsăturile patologice de personalitate par mai clare decât în cazul enurezisului. Astfel, s-au descris:

- copii pasivi și anxioși care își manifestă agresivitatea în mod imatur. Este tipul „vagabond” descris de M. Fain;
- copii opoziționiști, cu trăsături obsesionale, la care encoprezisul ia alura unui refuz de a se supune normei sociale (tipul „delincvent” descris de M. Fain);
- în fine, encoprezisul se poate înscrie în cadrul unei conduite în care domină dimensiunea perversă: regresia sau fixația la un mod de satisfacere arhaic, centrat simultan pe retenție și apoi erotizarea secundară a conduitei deviate.

La nivelul investigației psihanalitice, regăsim la copilul encopretic o fixație anală importantă în care sunt investiți în mod particular când polul expulzare-agresiune, când polul retenției. Datorită particularităților constelației familiale pe care o vom vedea în paragraful următor, copilul pare să stabilească un raport privilegiat cu mama, de tip pregenital, obiectul schimburilor fiind „penisul anal”, întrucât „penisul patern” pare fantasmatic inaccesibil.

Familia

Prezintă o serie de particularități centrate în jurul relației mamă-copil. În realitate, tații sunt adesea timizi și rezervați, chiar complet șterși, intervenind puțin în relația mamă-copil.

La nivelul mamelor, par să existe niște trăsături distinctive. Acestea sunt adesea anxioase, emotive, supraprotective și maschează această anxietate fie în spatele unei conduite destul de rigide în ceea ce privește educația sfinteriană (așezat pe oliță încă din primele luni), fie în spatele unei preocupări excesive la nivelul „evacuărilor” copilului lor (supravalorizarea defecării cotidiene, clisme și supozitoare imediat ce nu s-a produs defecarea cotidiană). În raport cu simptomul, se instaurează adesea o adevărată complicitate secundară între copil și mama sa, având ca obiect fie îngrijirile corporale, fie schimbarea chiților murdari.

La nivel psihosocial, sunt frecvente disocierile familiale; schimbările în organizarea familială marchează adesea debutul encoprezisului: începerea serviciului de către mamă, intrarea la școală, nașterea unui copil mai mic.

3.3. — EVOLUȚIE

Depinde de profunzimea conflictului care se organizează în jurul acestui simptom, adică, pe de-o parte, de gravitatea organizării nevrotice maternelle, iar, pe de altă parte, de remanierea sau devierile pe care le suscită dezvoltarea copilului ca atare.

Un mare număr de encopreze dispar spontan după o perioadă de câteva săptămâni sau luni. Cele care persistă mai mulți ani sunt întotdeauna forme grave prin frecvență, dimensiune psihopatologică net perceptibilă (numeroase trăsături de caracter anale) și prin patologia familială (carență socio-educativă majoră, absența tatălui).

Pe termen lung, simptomul sfârșește întotdeauna prin a dispărea la adolescență, dar cel mai adesea pentru a lăsa locul unor trăsături net caracteriale sau nevrotice: griji excesive legate de curățenie, parcimonie sau avarii, meticulozitate, indecizie, tendința de a strânge...

3.4. — TRATAMENT

Trebuie evitate tratamentele simptomatice și diversele manevre care se centrează în jurul sfincterului anal. Totuși, pentru anumiți autori, fecaloamele importante prezente în ampula rectală modifică profund sensibilitatea mucoasei, și trebuie evacuate prin clisme prudente. Totuși aceste manipulări trebuie reduse la maxim.

Aciunea terapeutică trebuie să includă familia. Dacă părinții devin capabili să pună în relație simptomul copilului și funcționarea familiei și să aducă unele corecții comportamentale necesare, cel mai adesea simptomul va dispărea.

Atunci când encoprezisul se înscrie într-un conflict nevrotic deja organizat, trebuie propusă o psihoterapie individuală de tip analitic. Separarea de mediul familial modifică adesea simptomul, dar efectul este temporar. Totuși, atunci când organizarea familială este net patologică și fixată, ea poate constitui una dintre etapele abordării terapeutice globale.

4. — CONSTIPAȚIA PSIHOGENĂ ȘI MEGACOLONUL FUNCȚIONAL

În absența oricărei cauze organice, constipația reprezintă un motiv de îngrijorare frecvent pentru unul dintre părinți: asta cu atât mai mult cu cât dobândirea curățeniei sfinteriene se face într-un mod conflictualizat. Scaunul copilului punctează fiecare zi ca un cadou eliberator pentru angoasa parentală, la fel cum absența sa și, în consecință, retenția în abdomen, amenință integritatea corpului copilului.

Această supra-investire a fecalelor este în mod evident percepută de către copil, care își exercită controlul asupra exonerărilor, și nu întotdeauna în sensul dorit de părinți. Astfel, după o învățare reflexă, întotdeauna posibilă, după defecarea la o vârstă prea timpurie (încă din primul trimestru de viață, cum s-a întâmplat în câteva creșe sau în cazul unor mame foarte rigide) survine în mod inevitabil o „întoarcere la murdărie” care pentru copil este un mijloc de a-și lua în stăpânire corpul, în vreme ce pentru mamă este semnul unei opoziții. Foarte repede, într-un astfel de context, riscă să se instaleze o constipație tenace. Reacția parentală prin intermediul manipularilor anale: termometru, supozitoare sau chiar excitarea anusului cu degetul, nu face decât să fixeze și mai mult supra-investirea acestei zone și a acestei conduite.

Numeroase constipații rămân izolate, putând persista de-a lungul unei mari

părți a copilăriei. În alte cazuri, simptomatologia se amplifică printr-un encoprezis care cel mai adesea este tranzitoriu. În cazurile extreme se constituie tabloul de megacolon funcțional.

Acest megacolon trebuie diferențiat de megacolonul secundar unui obstacol (congenital prin îngustare, sau dobândit de tip tumoral) și de megacolonul congenital din maladia Hirschsprung (absența celulelor ganglionare din plexul nervos al mucoasei extremității colice).

În megacolonul funcțional, constipația survine în al doilea semestru și persistă. Studiul radiologic a arătat că defecarea se produce într-un fel în sens invers (M. Soulé): atunci când fecalele ajung la sfincterul anal, contracția nu conduce la evacuare, ci la reîmpingerea fecalelor în sigmoid și colonul stâng. Acumularea fecalelor provoacă dilatarea colică foarte bine vizibilă la clisma bariică.

Este esențială recunoașterea timpurie a acestui mecanism și diferențierea constipației psihogene de alte tipuri de constipație, pentru că dacă aceste diverse manevre exploratorii sunt foarte justificate la începutul acestor tulburări, repetarea lor abuzivă va avea același efect de fixare a simptomului ca și atitudinea parentală deja descrisă.

În plan psihopatologic, se pare că această disfuncție fiziologică este pusă la început în serviciul unei investiții „cvasi-perversă” a funcției: controlul astfel dobândit asupra obiectului intern permite într-o primă etapă evitarea angoasei de pierdere (nivel fobic). Într-o a doua etapă, se produce o erotizare secundară a contracției sfincteriene și a excitației mucoasei în cursul acestei funcționări inverse, care a putut fi apropiată de excitația masturbării. În același timp, copilul își experimentează atotputernicia asupra corpului său și asupra mediului, a cărui îngrijorare este pentru el sursă de beneficii secundare.

Această funcționare auto-erotică a zonei anale, împreună cu pulsivitatea puternică de stăpânire a obiectului, ce pare să-i fie caracteristică, se apropie de ceea ce se poate observa la bebelușii mericiști (M. Soulé) (v. p. 408).

În plan familial, Soulé a remarcat rolul important al tatălui, deosebit de îngrijorat în fața constipației, dar care în același timp pare dezinteresat de encoprezisul frecvent asociat. Pare să se organizeze o veritabilă complicitate tată-copil în jurul exonerării.

În viziunea lui Soulé, atitudinea terapeutică constă în a-i explica cât mai bine copilului mecanismul activ al constipației sale și al satisfacțiilor „cvasi-masturbatoare” pe care le are, fără a-l acuza sau culpabiliza. Pornind de aici se poate obține din partea copilului o defecare regulată ce suprimă constipația, encoprezisul și, în fine, megacolonul funcțional.

BIBLIOGRAFIE

- BOURGUIGNON A., GUILLON F.: Application d'une hypothèse éthologique à l'énurésie. *Psychiatrie enfant*, 1977, 20 (1), 223-244.
- DUCHÉ D.J.: L'énurésie. PUF, Paris, 1968, „Que sais-je?”.
- KOHLER C., CAREL A.: L'encoprésie. *Annales médico-psych.* 1971, 2 (4), 497-507.
- KREISLER L., FAIN M., SOULE M.: Encoprésie et mégacolon fonctionnel. In: *L'enfant et son corps*, PUF, 1974, 213-290.
- KREISLER L.: L'énurésie. EMC, Paris, 1977, *Pédiatrie*, 4101 G 95.
- LAUNAY C., LAUZAMME K.: L'encoprésie. *Rev. Neuropsych. inf.*, 1970, 18 (9), 635-662.
- LEVINE M.: Children with encopresis: a descriptive analysis. *Pediatrics*, 1975, 56 (6), 412-416.
- SOULE M., SOULE N.: L'énurésie, ESF, Paris, 1967.
- TRIDON P. & coll.: L'encoprésie (série d'articles), *Neuropsychiat. enf.*, 1983, 31, 4, 193-215.

Aceste abordări diferite ale funcțiilor cognitive explică multitudinea și varietatea „testelor” care le pot evalua. După cercetările lui Binet, numeroși autori au propus o serie de tehnici de evaluare ce pot fi împărțite foarte schematic în două tipuri:

- metoda psihometrică izvorâtă din cercetările lui Binet;
- metoda clinică izvorâtă din cercetările lui Piaget.

Înainte de a prezenta pe scurt diferitele teste, ar fi util, când vorbim despre teste cognitive, să distingem două registre: cel al funcțiilor de realizare și cel al funcțiilor apetitive. Prin „funcție de realizare”, înțelegem ansamblul echipamentului neurofiziologic de bază, precum și evoluția maturizării acestui echipament. Asta înseamnă că însăși structura sistemului nervos central, echipamentul genetic care îl determină, vicisitudinile embriogenezei sale, sunt factori ce trebuie luați în considerare. Dar în această funcție de realizare intervine și procesul de maturizare individuală. Astăzi se știe că anumite achiziții cognitive sunt posibile, și sunt cu atât mai facile cu cât ele corespund unor stadii genetice de o sensibilitate deosebită. Odată depășit acest stadiu privilegiat, achiziția devine imposibilă sau denaturată. Acest proces a fost pus în mod special în evidență de cercetările lui Piaget, ale cărui descoperiri pot fi apropiate de etologi de procesul de amprentă.

Nu vom relua aici studiul dezvoltării normale a inteligenței și a diverselor sale faze, senzorio-motorie, preoperatorie, operatorie concretă și formală studiate în capitolul asupra dezvoltării normale (v. cap. 1, 3.), dar vom reaminti că teoriile lui Piaget au la bază principiul fundamental al unei succesiuni strict invariabile a acestor stadii: accederea la stadiul următor necesită integrarea stadiului precedent, orice perturbare a unui antrenând perturbări ale celui alt.

În ceea ce privește funcția „apetitivă”, ea reprezintă energia necesară pentru buna funcționare a funcției de realizare. Încumetându-ne la o analogie mecanică, am putea spune că un automobil nu poate avansa decât cu ajutorul unui motor și al combustibilului, motorul fiind echivalentul funcției de realizare, iar combustibilul fiind cel al funcției apetitive. Ce anume subîntinde această investire a funcțiilor cognitive?

Pentru Piaget, afectivitatea concepută ca intenționalitate, ca pulsione de a acționa, furnizează energia necesară funcțiilor cognitive: „ea atribuie o valoare activităților și îi conferă energia”. Teoria psihanalitică acordă un spațiu amplu acestei activități înțelșe în sensul său cel mai larg. Astfel, investirea proceselor secundare, marcată de capacitatea de a amâna satisfacția, de a o îndepărta atât în timp cât și în spațiu (alt moment și/sau alt loc), reprezintă baza pe care se elaborează procesele cognitive. Totodată, pentru ca bebelușul, și apoi copilul mic, să investească aceste procese secundare, trebuie ca, pe de-o parte, la nivelul anturajului spațial și timpul să fie în mod regulat investite (este vorba aici de

9 PSIHOPATOLOGIA FUNCȚIILOR COGNITIVE

1. — GENERALITĂȚI

Experiența clinică arată cât este de artificială separarea dintre ceea ce numim starea afectivă și funcțiile cognitive, deoarece perturbările dintr-unul din aceste domenii sfârșesc de obicei prin a se repercuta asupra celui alt: astfel, perturbările afective grave sunt însoțite întotdeauna, pe termen lung, de tulburări cognitive. La fel, este excepțional ca deficiența intelectuală să nu se complice cu unele dificultăți afective, cu atât mai grave cu cât deficiența este mai profundă.

Totodată, claritatea didactică face necesară această separare pe care realitatea clinică o justifică în parte: dacă este evident, așa cum spuneam, că există o influență reciprocă între linia cognitivă și linia afectivă, este de asemenea evident că anumiți copii prezintă o deficiență intelectuală electivă. În ultima parte a paragrafului consacrat debilității mintale, vom încerca, urmându-l pe Misès, să propunem o analiză psihopatologică a raporturilor dintre aceste două linii.

În prealabil, este importantă o definire a acestor funcții cognitive, termeni pe care noi îi preferăm în locul celui de „intelligență”. Binet, promotorul primului test de intelligență, avea obiceiul, atunci când era întrebat „Ce este intelligența?”, să răspundă: — după cum se spune — „este ceea ce măsoară testul meu”. El își dovedea prin acest răspuns atât umorul, cât mai ales dificultatea de a defini intelligența. Urmându-l pe Daily, vom spune că intelligența este *acea activitate care permite ființei umane învățarea, cunoașterea, utilizarea cunoștințelor, creația, adaptarea la lume și controlarea acesteia*. De partea sa, Piaget a arătat că nu ne putem limita la un simplu studiu cantitativ al inteligenței (nivelul performanțelor evaluate prin QI), ci este indispensabil un studiu calitativ care ia în considerare modalitățile de raționament, tipul de structură logică subiacent. În fine, autori ca Zazzo sau Misès au dorit să fie integrate noțiunile de intelligență nu numai eficiența școlară, ci și o serie de valori, cum sunt capacitatea de integrare socială sau de înțelegere a relațiilor interindividuale.

permanența îngrijirilor materne, singurele care permit bebelușului să accedă la noțiunea de permanență a obiectului: v. cap. 1, 4.4.) și, pe de altă parte, ca Eul copilului să găsească o plăcere sporită în amânarea satisfacției. Această capacitate de a amâna satisfacția provine atât din plăcerea anticipării mintale (plăcere halucinatorie), cât și din plăcerea obținută de Eul copilului prin planificarea acțiunii sale, de a deveni treptat stăpân. În acest mod se pot institui mecanismele de deplasare și de sublimare, care sunt tocmai bazele distribuiri energiei pentru procesele cognitive.

Astfel, este nu numai schematică, dar și falsă opoziția dintre funcția intelectuală și funcția afectivă care s-ar dezvolta, fiecare, într-o manieră cvasi-mecanică, ignorându-se una pe cealaltă. Evoluția și maturizarea lor nu pot fi înțelese decât în cadrul unei dialectici a schimbărilor reciproce.

2. — EVALUAREA FUNCȚIILOR COGNITIVE

La cererea ministrului Instrucției Publice, pentru a elabora statutul înăpoiților mintal în cadrul unei școlarizări devenite treptat obligatorie, Alfred Binet a propus, în 1905, o „Scală metrică a inteligenței” — strămoș al tuturor testelor de evaluare ulterioare. Completată de mai multe ori, această scală avea să fie cunoscută mai târziu sub denumirea de „testul Binet-Simon”, care introducea două noutăți:

- posibilitatea de a situa copiii patologici într-o ierarhie „cifrată” a deficitului mintal;
- posibilitatea de a depista încă de la începutul școlarizării anumite deficiențe intelectuale care, până la intrarea la școală, au trecut neobservate.

Oricare ar fi criticile aduse ulterior acestui test și celor care i-au urmat, este incontestabil faptul că el aducea educatorilor și pedagogilor un instrument de măsură fiabil, fapt ce i-a adus succesul înainte chiar de a se pune problema naturii a ceea ce se măsura. Ulterior, s-au pus la punct diverse teste, urmărindu-se două aspecte: prin unele, care se înscriau în aceeași perspectivă ca și testul Binet-Simon, se căuta rafinarea evaluării fie pentru o categorie de vârstă, fie pentru o aptitudine specifică; prin altele, se căuta abordarea naturii proceselor intelectuale (Piaget). Regăsim aici distincția dintre testele psihometrice și probele clinice.

Vom face precizarea că în acest paragraf facem o scurtă trecere în revistă a testelor, în care le vom prezenta caracteristicile esențiale, domeniul de validitate și limitele. Nu ne propunem să prezentăm în detaliu aceste teste, nici tehnica de aplicare a lor, pe care le găsim în manuale specializate.

2.1. — EVALUAREA PSIHOMETRICĂ: NIVELUL DE PERFORMANȚĂ

Absența unui limbaj suficient înainte de 3-4 ani constituie o limită care permite distingerea testelor pre-verbale bazate în mod esențial pe studiul dezvoltării psihomotorii, de testele în care intervine în manieră amplă limbajul, în a doua copilărie.

Testele pre-verbale de dezvoltare psihomotorie

Testele Gessel, Brunet-Lézine și Casati-Lézine evaluează o serie de performanțe motorii etalonate pentru fiecare vârstă. Fiecărei serii i se poate atribui nu numai o vârstă de dezvoltare (VD), ci și un coeficient de dezvoltare (QD), prin raportarea vârstei de dezvoltare la vârsta reală.

Dacă aceste „baby-tests”¹⁴, cum au fost numite, permit situarea dezvoltării psihomotorii a unui bebeluș sau a unui copil mic în raport cu o medie, ele nu constituie în nici un caz un echivalent al coeficientului intelectual (QI). De fapt, există o slabă corelație între QD din copilăria timpurie și QI de la adolescență ale aceluiași copil.

Vârsta de aplicare. — Pentru ultima versiune a testului Brunet-Lézine, este de la câteva luni la 5 ani.

Teste pentru a doua copilărie

Binet-Simon, Terman-Merill, NEMI

Am regрупat aceste teste întrucât toate provin din testul Binet inițial, după diverse revizui. Vom cita:

- revizuirea americană (1937): Terman-Merill;
- revizuirea franceză din 1966: Noua Scală Metrică de Inteligență (NEMI) realizată de Zazzo.

Aceste teste regroupează diverse probe fără a ține cont de funcțiile intelectuale la care fac apel. Versiunile cele mai recente au fost etalonate pe copii normali: astfel, etalonarea de la NEMI se bazează pe un grup de 550 de copii de ambele sexe „prelevate” aleatoriu din paisprezece grupuri școlare din Paris (Zazzo, 1966).

— **REZULTATE.** — Se exprimă în raport cu vârsta și traduc gradul de dispersare raportat la o medie de vârstă. Este vorba deci despre scale de vârstă care, pentru fiecare copil, traduc întârzierea sau avansul în dezvoltarea intelectuală. Astfel, pentru fiecare probă este definită o vârstă mentală, atunci când majoritatea copiilor

¹⁴ În engleză în text. (n. t.)

cu o anumită vârstă reușesc această probă, în timp ce majoritatea copiilor cu vârsta imediat inferioară eșuează la ea.

Un copil de 6 ani va avea o vârstă mentală de 6 ani dacă reușește la probele pe care le reușesc în mod normal majoritatea copiilor cu vârsta de 6 ani, sau va avea o vârstă mentală de 4 ani și jumătate dacă nu reușește decât probele pe care le reușesc în mod normal majoritatea copiilor în vârstă de patru ani și jumătate și eșuează la probele reușite de majoritatea copiilor în vârstă de 5 ani etc. În realitate, foarte repede s-a dovedit mai ușor ca rezultatele să fie exprimate în termenul de coeficient intelectual (QI).

— COEFICIENTUL INTELECTUAL. — Este raportul:

$$QI = \frac{\text{Vârsta mentală (VM)}}{\text{Vârsta cronologică (VC)}}$$

Acest QI ilustrează imediat gradul de dispersie (întârziere sau avans) a vârstei mintale a unui copil în raport cu vârsta sa cronologică sau, cum spunea Zazzo, în raport cu vârsta mintală medie a copiilor de aceeași vârstă. Pentru acest autor, în realitate prin această metodă se stabilește un „coeficient de vârstă”. Vom vedea la sfârșitul acestui paragraf problemele pe care le ridică utilizarea QI.

— LIMITE DE VALIDITATE. — Pentru mulți autori, aceste teste acordă un loc prea important achizițiilor școlare, în special testul Binet-Simon (să amintim că Binet a etalonat testul său la cererea ministrului Instrucției Publice pentru a repeta copiii înapoi să urmeze această instrucție). Rolul mediului social, afectiv și cultural este prea important și la fel și al limbajului, în special după 7 ani. Testul Binet-Simon este utilizabil între 4 și 10 ani. Testul Terman-Merrill poate fi utilizat până la vârsta adultă.

WISC și WISPP

Aceste probe își au originea în *Wechsler-Bellevue* pentru adulți, care nu se utilizează decât începând de la 12 ani. WISC (*Wechsler Intelligence Scale for Children*¹⁵) este aplicabil începând de la 6 ani, iar WISPP (*Wechsler Intelligence Scale for Preschool Period*¹⁶) este aplicabil între 4 și 6 ani. Interesul acestor teste este acela de a face o distincție între probele care fac apel la limbaj și celelalte. Astfel, WISC conține 6 sub-teste verbale (informație – comprehensiune – aritmetică – similitudine – vocabular – repetare de cifre) și 6 sub-teste numite de „performanță” (imagini lacunare – ordonare de imagini – cuburi Kohs – asamblare de imagini – cod – labirint). Combinând între ele sub-testele fiecărei

scale se obține o notă verbală și o notă pentru performanță a căror combinare dă o notă generală.

— REZULTATE. — Aceste teste sunt construite în așa manieră încât notarea rezultatelor obținute de un copil conduce la dispersia în abateri standard ce separă acel copil de media corespunzătoare vârstei sale. Vârsta de raportare nu este deci diacronică (dispersie în raport cu vârsta de dezvoltare), ci sincronică (dispersie în raport cu o medie relativă într-un grup de vârstă).

— COEFICIENTUL INTELECTUAL. — Traduce expresia statistică a construcției testului. Prin definiție, un QI de 100 corespunde percentilului 50, fiecare abatere standard (AS) traducând o diferență de 15 puncte în raport cu această medie. Este vorba deci despre un „QI standard” în opoziție cu „QI de vârstă” rezultat prin testul Binet-Simon. Se definește un QI verbal (QIV) ce corespunde probelor verbale, un QI performanță (QIP) și un QI global (QIG) din combinarea celor două precedente.

— LIMITE DE VALIDITATE. — Am precizat deja limitele de vârstă: WISPP 4-6 ani, WISC 6-12 ani, Wechsler-Bellevue după 12 ani. Existența a două scale, verbală și de performanță, a avut ca obiectiv temperarea preponderenței factorului verbal din testele precedente. În realitate, fiecare serie reprezintă un test specific. Avantajul este acela al depășirii noțiunii unui QI global pentru a se interesa mai degrabă de profilul obținut la această baterie de sub-teste: profil omogen sau, dimpotrivă, heterogen. Vom vedea, referitor la debilitate, importanța acestui factor de heterogenitate.

Teste instrumentale

Sunt foarte numeroase, dar noi le vom cita aici numai pe cele mai utilizate în clinică. Scopul lor este explorarea unui domeniu mai precis al funcțiilor cognitive, fiind centrate fie pe schema corporală, fie pe organizarea spațială, organizarea limbajului etc. Vom cita:

- TESTUL DE ÎNȚIERE A GESTULUI BERGÈS-LÉZINE. — Pentru explorarea cunoașterii schemei corporale la copii cu vârsta între 3 și 10 ani;
- TESTUL BENDER care explorează organizarea grafoperceptivă a copiilor cu vârsta între 4 și 7 ani;
- FIGURA REY (v. fig. 4). — Se cere copilului să reproducă desenul avându-l în fața sa. Acest test explorează organizarea spațială, capacitatea de atenție și memoria imediată;

¹⁵ În limba engleză în text. (n. t.)

¹⁶ Ibid.

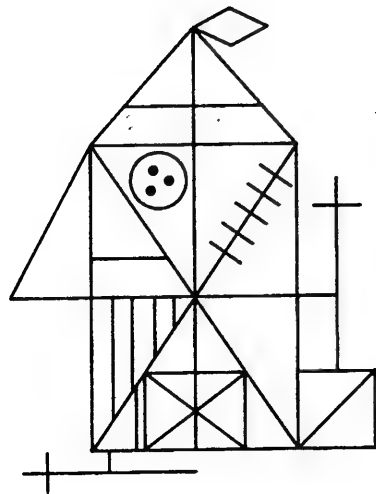


Fig. 4. — Figura Rey

— TESTUL BENTON. — Probă de organizare vizual-motorie și de evaluare a memoriei recente (reproducerea figurilor geometrice după 10 secunde de observare). Este aplicabil după vârsta de 8 ani.

Vom reaminti doar numeroasele teste pentru limbajul oral și scris (Borel-Maisonny, C. Chassagny, testul Ciocârliei) care au fost studiate în capitolul consacrat psihopatologiei limbajului.

Teste care fac să intervină socializarea

Numeroși autori s-au preocupat nu numai de intervenția capacității intelectuale în termeni de performanță individuală, ci și de ceea ce se poate numi „competență socială”, caracterizată atât prin capacitatea de autonomie a principalelor conduite socializate, cât și de calitatea factorilor relaționali, un fel de maturitate socială. Aceste cercetări își au originea în constatarea clinică frecventă a unui decalaj între nivelul intelectual, așa cum este el definit de testele clasice, și o capacitate de inserție socială satisfăcătoare, cel puțin la anumiți copii debili. Se știe de asemenea că un număr important de copii considerați debili de către Educația națională, își vor găsi la vârsta adultă o inserție socio-profesională realmente satisfăcătoare, și nu vor mai fi apoi considerați ca debili.

Împotriva acestei preponderențe a evaluării performanțelor individuale în detrimentul „competenței sociale” au reacționat o serie de autori ca Zazzo sau Misès și Perron-Borelli, propunând noi scale de evaluare.

Scala de dezvoltare psihosocială (DPS) propusă de Zazzo

Această scală cuprinde trei părți ce permit definirea unui nivel global de DPS, dar și un profil de dezvoltare:

- achiziția autoconducerii: capacitatea de a se descurca singur (alimentare, toaletă, îmbrăcare, activități școlare, deplasare, ieșire);
- evoluția intereselor (interesul pentru cărți, viața socială: sport, activitate culturală...);
- relații interindividuale, în final (relațiile cu părinții, cu alți copii).

A fost etalonată pornind de la un grup de băieți normali cu vârsta între 5 și 12 ani.

Scala diferențială de eficiență intelectuală (EDEI) propusă de Misès și Perron-Borelli

Răspunzând necesității de a dispune de un test care să permită o discriminare mai fină a zonelor de debilitate profundă și severă, ansamblul EDEI este compus din cinci scale: cunoștințe — comprehensiune socială — conceptualizare — analiză categorială — adaptare concretă, și din două scale complementare de vocabular: denumire de imagini — definiție. Primele trei scale sunt constituite din probe verbale, iar următoarele două din probe non-verbale.

Acest test a fost etalonat pornind de la o populație de fete cu vârsta între 8 și 11 ani.

Rezultatele sunt exprimate în vârstă mentală (VM) și un coeficient de dezvoltare (QD) fie global, fie pe scală. Cum aceste probe (DPS și EDEI) sunt destinate în special analizei diferențiale a copiilor debili, vom prezenta rezultatele lor în cadrul paragrafului următor.

Reflecții asupra coeficientului intelectual: principiile de utilizare

Este inutil să revenim aici prea mult asupra numeroaselor dispute pe care le-a suscitat QI, unii chiar acuzând aceste teste că ar fi în principal în serviciul unei societăți burgheze represive (M. Tort). Fără a intra în polemică, am dori să precizăm principiile unei utilizări corecte a QI și a limitelor sale.

În primul rând, QI trebuie evaluat în funcție de contextul clinic; o evaluare optimă necesitând o bună adecvare între subiect și condițiile de examinare: astfel, testul aplicat în cursul unui episod psihotic acut, sau în prima zi de spitalizare sau într-o situație angoasantă (separare parentală brutală, situație de stres accentuată de aspectul de examen) va conduce la rezultate trunchiate și parțial false. De fapt, nu este rar ca o diferență de 10 până la 15 puncte sau mai mult să apară la unul și același test aplicat o dată în condiții inadecvate și apoi în condiții mai bune.

Nu există un QI absolut dar, așa cum am arătat, fiecare QI trebuie să fie raportat la un test precis și legat de condițiile de etalonare și de definiția care îi este proprie: QI ce traduce un coeficient de vârstă (Binet-Simon, Terman-Merill) sau QI care indică dispersia (WISC, WISPP). Se observă o mare variabilitate de

la un test la altul, nu numai între „*QI de vârstă*” și „*QI standard*”, ci și între diferiți *QI* de vârstă. Corelația între toate aceste teste este, în consecință, departe de a fi întotdeauna satisfăcătoare.

Constanța *QI*

La începuturile psihometriei, acest *QI* a fost greșit înțeles ca fiind reflexia unei capacități intelectuale, o *cvasi-măsură fiziologică* a activității cerebrale. Binet însuși a emis ipoteza unei constanțe a *QI* la înepoiții mentali; se ajunsese în anii '20 să se considere că acest *QI* era dovada unei capacități intelectuale congenitale invariabile. De atunci, *QI* a fost adus la o mai justă evaluare. De fapt, *QI* de vârstă evaluează mai mult avansul sau retardul unei viteze de creștere decât o potențialitate absolută. Or, viteza de creștere este eminamente variabilă de la un copil la altul, și chiar la același copil de la o perioadă la alta, fără a prejudicia în mod necesar scopul final. Zazzo a făcut în mod foarte just următoarele observații: pe un plan statistic mediu „*un QI normal este constant, nu prin experiență, ci prin definiție sau, ceea ce ne aduce în același punct, prin construcție*”. În schimb, pentru un copil anume, „*QI nu este constant prin definiție, ci numai experiența poate răspunde*” (Perron-Borelli). Studiile catamnestice au evidențiat foarte bine această variabilitate relativă a *QI* pentru unul și același copil. În fine, pentru fiecare test se remarcă o variabilitate a abaterii standard (AS) în funcție de vârstă, astfel că la un *QI* egal repartiția statistică a unui copil nu are aceeași semnificație la două vârste diferite (acest fapt este valabil atât pentru *QI* de vârstă, cât și pentru *QI standard*).

În concluzie, a crede că pentru un copil anume *QI* își păstrează o valoare constantă relevă o înțelegere greșită și o extindere abuzivă a generalului la particular. De altfel, este posibil ca această confuzie să fie întretinută de o viziune pur statistică, în care chiar prin construcție *QI* ar trebui să fie constant de la o vârstă la alta. Acest fapt nu este niciodată valabil pentru un individ izolat. Este un factor important ce trebuie luat în considerare în discutarea factorilor ereditari implicați în *QI*.

Coefficientul intelectual și ereditatea

În paragraful precedent am văzut că există o opoziție între viziunea statisticianului și aceea a clinicianului referitor la constanța *QI*. Pentru un subiect anume, *QI* este în realitate variabil cu vârsta, tipul de test, situația de examinare etc. Aceeași opoziție între statistician și clinician se observă sub aspectul naturii ereditare sau nu a *QI*. Este de la sine înțeles că, cu cât i se dă mai mult o valoare relativă *QI*, cu atât ponderea eredității devine și ea mai relativă, și invers. Astfel, în anii '20 și '30, unii estimau că ereditatea intervine în proporție de 80% în

valoarea *QI*. De atunci, numeroși autori au încercat la rândul lor să cuantifice ponderea respectivă a eredității și a factorilor educativi în sensul cel mai larg: astfel, este o mare distanță între cei care au abordat o viziune statistică pură și clinicianul confruntat cu un caz individual.

Trebuie să precizăm mai întâi că vom prezenta într-un capitol ulterior factorii ereditari patologici (aberații cromozomiale, anomalii metabolice diverse etc.). Nu vom aborda aici decât ereditatea subiectului presupus sănătos din punct de vedere biologic. Importanța factorilor socio-culturali nu mai trebuie demonstrată: copiii din clasele socio-economice înstărite au statistic un *QI* mai ridicat decât cei din clasele defavorizate. Astfel, *QI* va determina poziția socială pe care o ocupă fiecare subiect (Jensen). Totodată, numeroase studii, în special cele asupra copiilor adoptați, au arătat că *QI* variază în funcție de condițiile educative și socio-economice în care este crescut copilul, ilustrând importanța mediului: copiii din familii modeste adoptați de părinți care dispun de o situație socio-economică favorabilă au un *QI* care se apropie de acela al copiilor biologic proveniți din acest mediu (Schiff).

Calitatea relațiilor afective joacă de asemenea un rol considerabil. În marea majoritate, copiii grav crenați (hospitalism, copii bătuți) au frecvent o eficiență intelectuală mediocră. Majoritatea tulburărilor afective sunt însoțite de un deficit minor sau tranzitoriu, fapt ce i-a condus pe anumiți autori să vorbească despre o falsă-debilitate (v. problema inhibiției intelectuale cap. 17, 2.4.) în opoziție cu „debilitatea autentică”, în care există o leziune cerebrală, chiar dacă este minimă. Dacă o astfel de distincție apare ca foarte artificială clinicianului, ea răspunde totodată, în parte, vastei probleme a debilităților ușoare în care nu se poate găsi nici o cauză evidentă. Vom studia acest aspect specific în capitolul următor (3, 4.2.).

În concluzie, intervenția factorilor ereditari în determinarea capacităților intelectuale este foarte probabil așa cum o arată diversele studii asupra gemenilor hetero- sau monoziгоfi. Totuși este vorba în mod evident despre o transmitere poligenică complexă deoarece nici o lege de transmitere ereditară simplă nu a fost verificată. Ar fi de altfel mai corect să se vorbească despre eritabilitate decât despre ereditate (Roubertoux), punând astfel în evidență gradul variabil al capacității de învățare, mai degrabă decât o valoare absolută a inteligenței. Această capacitate de a învăța conferă un rol major factorilor de mediu, după cum arată un număr tot mai mare de cercetări. Teoria amprentei și a perioadelor critice pe care etologia le-a răspândit pe scară largă ilustrează în mod clar legătura dintre o anumită aptitudine de a învăța determinată genetic și contribuția mediului. Din această perspectivă, există o influență strânsă și constantă între factorii genetici și factorii de mediu, ce face iluzorie o departajare riguroasă între aceste două linii.

2.2. — EVALUAREA COGNITIVĂ ȘI NEUROPSIHOLOGICĂ

Spre deosebire de testele citate anterior, obiectivul evaluării clinice nu este de a determina la ce nivel se situează o performanță, ci ce strategie utilizează subiectul pentru a o realiza. Astfel, probele (termen preferabil celui de test) pe care Piaget și continuatorii săi le-au propus, se înscriu într-un context clinic diferit: o conversație cu copilul în cursul căreia se face un schimb de argumente și contra-argumente face posibilă întuirea structurii însăși a raționamentului. Noțiunile de randament și de performanță relevante de „standardizarea” cea mai riguroasă posibil și limitarea, sau măsurarea frecventă a timpului în evaluarea obișnuită prin testele psihometrice sunt în schimb, dacă nu absente, cel puțin secundare. Este importantă situația raționamentului în funcție de diverse stadii care reprezintă tot atâtea structuri logice diferite.

Aceste considerații explică slaba standardizare a acestor probe și necesitatea unei bune cunoașteri a teoriei piagetiene pentru a le putea utiliza adecvat.

Perioada preoperatorie, a inteligenței reprezentative, între 2 și 7 ani; aceste probe au la bază analiza genetică a figurilor geometrice simple (cerc, pătrat, romb), apoi complexe (drapelul lui Gessel, figura complexă a lui N. Verda: v. fig. 5) și aceea a unui personaj uman.

Perioada operațiilor concrete, între 7 și 11 ani; mecanismele operatorii se sprijină în special pe obiectele concrete, manipulabile. Acestea au fost în parte standardizate în „Probe de dezvoltare ale gândirii logice” (v. mai jos).

Perioada operațiilor formale, în fine, corespunde dezvoltării structurii de „grup combinatoric” și debutează începând de la 12 ani.

După stadiul operator concret, accesarea la stadiul operator formal se caracterizează prin capacitatea preadolescentului (între 12 și 16 ani) de a judeca prin ipoteze, de a-și reprezenta ansamblul cazurilor posibile și de a considera realul ca un simplu caz particular. Metoda experimentală, necesitatea de a demonstra propozițiile enunțate, noțiunea de probabilitate devin accesibile. În

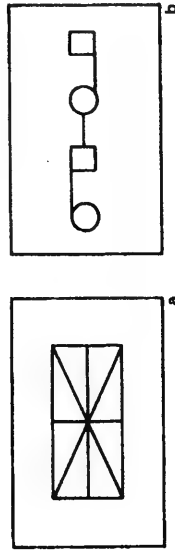


Figura. 5. — a) Drapelul lui Gessel; b) figura complexă a lui N. Verda.

plan practic, instituirea posibilității de raționament ipotetico-deductiv se traduce prin accesarea la grupul de operații formale de transformare: identitate, negare, reciproca și negarea reciprocei, cu alte cuvinte corelativa (INRC). Astfel, cu titlu de exemplu, în stadiul concret, copilul înțelege că $2/4$ este mai mare decât $1/4$ deoarece nu trebuie decât să compare 1 cu 2, dar abia în stadiul formal înțelege egalitatea $1/3$ și $2/6$ pentru că poate stabili un raport între compararea numărătorilor, pe de-o parte, și a numitorilor, pe de altă parte: el poate compara cele două proporții și raportul între cele două rapoarte.

Scala de gândire logică (EPL)¹⁷, etalonată pe un grup de băieți și fete cu vârstă între 9 și 16 ani, permite evaluarea inteligenței concrete sau formale (A și B). Include cinci serii de probe, iar rezultatele permit situarea funcționării unui copil într-una din cele 4 clase: stadiul concret, intermediar, formal A și formal B.

Pentru B. Inhelder, nivelul operator formal care caracterizează gândirea adultă nu este atins de copilul debil. Acesta rămâne fixat la nivelul operațiilor concrete.

Correspondența dintre evaluarea clinică și testele psihometrice clasice este satisfăcătoare la nivel statistic, dar există numeroase discordanțe individuale: „un *QI* scăzut poate fi compatibil cu un nivel de raționament satisfăcător și, invers, un *QI* satisfăcător poate fi întâlnit la subiecți al căror nivel de raționament este insuficient” (Dailly). Regăsim aici distanța dintre perspectiva pur statistică și punctul de vedere al clinicianului preocupat înainte de toate de individ.

K-ABC (Kaufman Assessment Battery for Children, 1983. — Versiunea franceză 1993) recent tradus și validat în franceză, se adresează copiilor cu vârstă între $2\frac{1}{2}$ ani și $12\frac{1}{2}$ ani. Conține 16 subteste care sunt, sau nu, propuse în funcție de vârsta copilului: 7 subteste la $2\frac{1}{2}$ ani, 9 la 3 ani, 11 la 4 ani, maxim 13 începând de la 7 ani. Acest test se împarte în două scale de inteligență, una numită secvențială, iar cealaltă simultană, cu o a treia scală numită Proceese Mentale Compozite. Rezultatele se exprimă printr-o notă standard, cu o medie stabilită la 100 și o abatere standard de 15.

Probele din K-ABC se sprijină cât mai puțin pe limbaj și permit în special o mai bună evaluare a copiilor prezentând handicapuri auditive, tulburări de limbaj, sau a copiilor non-francofoni. Dacă între K-ABC și WISC există o corelație puternică la copiii normali, se pare că există însă diferențe sensibile între cele două teste la copiii cu dificultăți de învățare.

Este deci prea devreme pentru a putea prezice interesul acestui nou instrument, deja utilizat pe scară largă, în special în mediul școlar.

¹⁷ În limba franceză: „Echelle de Pensée Logique” (EPL). (n. t.)

¹⁸ Pentru detalii vezi: Scala de dezvoltare a Gândirii Logice de G. Longeot, Editions Scientifiques et Psychologiques, Issy-les-Moulineaux, 91130.

3. — DEFICIENȚA MINTALĂ

Pedopsihiatria s-a constituit în jurul deficienței mintale care, la început, reprezenta practic unicul său obiect de studiu. Diversele entități nosografice actuale au izvorât aproape toate din cadrul „idiotiei”, în care Pinel confunda „întârziatul”, deficiența intelectuală și starea de stupeoare. Esquirol distinge apoi întârzierea și idiotia: „*Omul în demență este privat de bunurile cu care era dăruit, este un bogat care a devenit sărac! Idiotul, el, s-a aflat întotdeauna în sărăcie și mizerie*”. Apoi, între idioti, Esquirol a separat idiotia și imbecilitatea (subiectul mai puțin profund atins). La sfârșitul secolului XIX, Seguin a izolat din nou idiotia și imbecilitatea, cărora le recunoaște incurabilitatea, de „înapoierea mintală”, caracterizată de o lentoare mai mult sau mai puțin recuperabilă a dezvoltării intelectuale. În fine, Binet, la începutul secolului XX, a introdus psihometria care avea să devină rapid criteriul de departajare a diverselor deficiențe.

3.1. — DEFINIȚIE – CLASIFICARE – FRECVENȚĂ

Definiție. — Deși nu există nici o îndoială când este vorba de o deficiență profundă, totuși este dificil de definit limita superioară a deficienței. Exigența școlară a stat la originea creării testelor având drept scop discriminarea copiilor apti pentru o școlarizare normală și a celor care nu sunt apti. De asemenea, la începuturile psihometriei, se confunda practic debilitatea cu inapținutimea școlară. Or, utilizând un astfel de criteriu, cercetările recente (Chiland) au arătat că un $QI \geq 96$ este necesar pentru a urma, în zilele noastre, o școlarizare satisfăcătoare: conform acestui criteriu, debilitatea ar începe oare de la un $QI < 96$? Pe de altă parte, în plan statistic, majoritatea testelor (în special WISC) sunt construite astfel încât majoritatea populației (95%) să fie cuprinsă între -2 și $+2$ abateri standard: în această optică statistică, devianța anormală începe la un $QI \leq 70$ deosece, atunci când QI este mai mare de 70, ne situăm în câmpul de repartiție gaussiană normală. Din punct de vedere practic și empiric, numeroși pediatri și pedopsihiatri (Dailly) consideră că debilitatea este caracterizată de un $QI \leq 85$. În fine, utilizând nu o măsură psihometrică, ci studiul structurilor logice, alți autori (Inhelder) caracterizează debilitatea prin imposibilitatea accederii la structurile gândirii formale. Deci putem vedea că definirea limitei superioare a debilității este dificilă.

Aceste incertitudini apasă puternic asupra abordării conceptuale și teoretice a problemei debilității și explică în parte divergențele punctelor de vedere.

Oricum ar fi, utilizând testele psihometrice, clasificările actuale (CIM 10, DSM VI etc.) disting:

- retardul mintal ușor: $50 \leq QI \leq 69$
- retardul mintal moderat: $35 \leq QI \leq 40$
- retardul mintal grav: $20 \leq QI \leq 34$
- retardul mintal profund: $QI \leq 19$.

Frecvența deficienței mintale depinde în mod evident de modul în care ea este definită (în special dacă include sau nu deficiența limită). Variază, pentru copii de vârstă școlară, între 1,5% și 5,5%, în funcție de studii. Deficiența mintală severă și profundă este cuprinsă între 0,3 și 0,6%. Sunt singurele depistate cel mai adesea înainte de perioada școlară. Deficiența mintală ușoară sau de limită nu este în mod obișnuit recunoscută decât la vârsta școlară. Există un vârf al frecvenței între 10 și 14 ani, apoi o diminuare brutală a numărului de debili dincolo de această vârstă: această diminuare epidemiologică arată cât de mult este legată debilitatea mintală, în special aceea de limită, de situația școlară. La toate nivelurile de deficiență mintală se remarcă o preponderență a băieților (60%).

3.2. — STUDIU CLINIC

Raportarea la QI , dincolo de facilitatea utilizării sale, nu trebuie să ne facă să uităm problemele metodologice și în special variabilitatea frecvență a acestui QI . Cu alte cuvinte, limitele aici sunt arbitrare, un copil putând foarte bine să evolueze într-un sens sau în altul. Aceste limite sunt deci relative și nu au decât o validitate statistică.

Nivelul de dezvoltare și eficiența socială

Deficiența mintală profundă. — Nivelul mintal nu depășește 2 sau 3 ani. Se remarcă în copilăria mică un retard masiv al tuturor achizițiilor, acestea rămânând adesea incomplete. Autonomia conduitei din viața cotidiană este parțială (alimentare, toaletă, control sfincterian), dar pot fi totuși ameliorate în cadrul unei relații bune. Limbajul este cvasi-inexistent, redus la câteva cuvinte sau foneme. Acești pacienți depind de un terț, cel mai adesea de o structură instituțională.

Este frecventă existența anomalilor morfologice, a tulburărilor neurologice, a crizelor epileptice asociate.

Deficiența mintală severă și moderată. — Acești subiecți nu depășesc o vârstă mintală de 6-7 ani. Retardul în dezvoltarea psihomotorie este frecvent.

Este posibilă o anumită autonomie în conduitele sociale, mai ales atunci când copilul evoluează într-un cadru stimulativ și călduros, dar o încadrare protectoare rămâne necesară. Limbajul rămâne asintactic, deși nivelul său depinde mult de gradul de stimulare din partea anturajului. În schimb, lectura este imposibilă sau rămâne la nivelul unei descifrări rudimentare; școlarizarea este imposibilă. Gândirea se menține în stadiul preoperator.

Deficiența mintală ușoară și de limită. — Școlaritatea devine un criteriu fundamental: eșecul școlar caracterizează acești copii care, până la intrarea la școală, au avut cel mai adesea o dezvoltare psihomotrică normală. Limbajul nu prezintă anomalii majore, inserția socială extrașcolară (cu familia, cu alți copii) este adesea satisfăcătoare. Rareori se întâlnesc anomalii somatice asociate. În realitate, exigențele școlarizării sunt deci cele care conduc la izolarea acestui grup. Incapacitatea de a accede la o structură de gândire formală reprezintă o limită a progresării încă din primele clase ale școlarizării primare.

În cadrul acestui grup, echilibrul afectiv, calitatea relațiilor cu anturajul, ponderea factorilor socio-economici și culturali par să joace un rol asupra căruia vom reveni (3.4.).

Tulburări afective, de conduită și de comportament

Prezența acestor tulburări este, dacă nu constantă, cel puțin foarte frecventă. Manifestările clinice depind în parte de profunzimea deficitului cognitiv: se pot descrie două extreme între care se pot întâlni toate variantele intermediare.

În deficiența mintală profundă și severă se întâlnesc frecvent perturbări relaționale masive: izolare, chiar o veritabilă retragere afectivă, stereotipii frecvente sub formă de balansare, descărcări agresive și mare impulsivitate, în special în caz de suferință sau de frustrare, auto-mutilări (v. cap. 12, 3.) mai mult sau mai puțin grave. Ansamblul acestor simptome poate evoca ceea ce se observă în anumite psihoze infantile precoce, ceea ce a adus în discuție posibilitatea conjuncției unei organizări psihotice în aceste deficite masive (Misès).

În deficiența mintală ușoară sau de limită, tulburările afective sunt foarte frecvente (50% din cazuri în opinia lui Heuyer) și se organizează pe două linii: — versantul manifestărilor comportamentale: instabilitate, reacții de prestață ce pot merge până la reacții colerice la eșec, tulburări de comportament, în special la adolescentul influențat de cei de vârstă sa (mici delict, furt...). La aceste conduite se asociază adesea o organizare foarte rigidă marcată de judecăți „dintr-un foc”, excesive, lipsite de auto-critică; — celălalt versant îl reprezintă inhibiția, pasivitatea, copilul este abătut, excesiv de supus anturajului adult, dar și celorlalți copii. Posibilitățile intelectuale pot,

și ele, să fie afectate de ponderea acestei inhibiții: testele pun în evidență, în astfel de situații, eșecuri repetate care împietesc eficiența intelectuală.

Existența acestor perturbări afective traduce, în opinia lui Misès, caracterul dizarmonic al organizării personalității copilului debil, a căruia slabă eficiență trebuie înțeleasă ca o manifestare simptomatică în sânul unei organizări psihopatologice ce trebuie evaluată. Vom reveni asupra acestui punct în capitolul consacrat studiului psihopatologic.

În schimb, la alți copii nu se observă alte tulburări afective particulare în afara unui anumit infantilism sau puerilism: în opinia unor autori, ar fi vorba, aici, de o debilitate „armonioasă, simplă sau normală”. În această optică, debilitatea normală nu ar fi decât o dovadă a repartiției gaussiene a QI.

Tulburări instrumentale

Existența tulburărilor instrumentale este frecventă, dacă nu constantă, inclusiv în debilitatea ușoară sau de limită. Nu vom face aici decât să le cităm succint, rugând cititorul să se raporteze pentru fiecare conduită la capitolul ce i-a fost consacrat. Se remarcă printre altele:

- tulburări de limbaj: în afară de obișnuita constatare a unui nivel inferior la probele verbale în raport cu probele non-verbale, se observă frecvent existența unor niveluri fonematice, gramaticale și sintactice mediocre (Garone);

- tulburări de dezvoltare motorie și praxică, cu atât mai evidente cu cât probele propuse sunt mai complexe. Tulburările de schemă corporală, dispraxiile se întâlnesc frecvent (Bergès). „Debilitatea motorie”, concept elaborat de Dupré și care se poate asocia cu debilitatea mintală, este prezentată în cap. 5, 3.

În realitate, se pot observa toate tipurile de tulburări instrumentale. Problema este aceea de a aprecia relația lor cu deficitul intelectual, fapt asupra căruia vom reveni în paragrafele următoare.

3.3. — ANALIZA DISCRIMINATIVĂ A FUNCȚIILOR INTELECTUALE ȘI ABORDAREA PSIHOPATOLOGICĂ

Analiza discriminativă

Studiul debilității a urmat în mare parte o evoluție paralelă cu cercetările psihometrice: astfel, la început, atunci când se considera că QI reflectă o capacitate intelectuală globală, debilitatea a fost și ea considerată ca o scădere globală a eficienței. La fel cum un coeficient de dezvoltare scăzut dovedea numai o simplă încetinire a dezvoltării intelectuale: astfel, un copil de 7 ani al căru QI era de 70 avea, așa se estima, un nivel identic cu cel al unui copil de 5 ani.

În realitate, o dată cu multiplicarea scadelor psihometrice, cu îndepărtarea lor progresivă de aportul școlar și mai buna cunoaștere a diverselor sectoare de dezvoltare a copilului, o astfel de concepție și-a dovedit rapid limitele: utilizarea bateriilor de teste a arătat, pe de-o parte, că nivelul performanțelor varia în funcție de testele utilizate (ceea ce relativiza deja noțiunea de nivel global), iar, pe de altă parte, diversele rezultate obținute de un copil cu vârsta de 7 ani și cu un QD de 70 la Binet-Simon, spre exemplu, nu erau cu nimic superpozabile celor obținute de un copil de 5 ani cu o dezvoltare normală; în fine, în interiorul grupului de copii debili cu același nivel global, se remarcă mari diferențe ale acestei heterogenități. În fața acestor rezultate, ipoteza unei debilități unice, monomorfe, ca o simplă întârziere în dezvoltare, trebuia să fie demonstrată. Astfel, încă din 1929, într-o lucrare premonitoare, grație utilizării unei baterii ample de teste, Vermeylen propunea deja diferențierea debilităților „armonice” și a debilităților „dizarmonice”.

De fapt, într-o a doua perioadă, renunțând la unitatea cadrului debilității, autorii au căutat să distingă două clase printre debili, fondate în special pe cercetarea etiologică. Astfel au fost izolate **debilitatea exogenă** și **debilitatea endogenă** (Strauss – Chiva – Dailly). Prima, numită exogenă, corespunde cazurilor în care o etiologie organică, indiferent de ce natură (malformativă, infecțioasă, toxică...) a antrenat o perturbare la nivelul SNC, în vreme ce în a doua, numită endogenă, nu se regăsește nici o etiologie evidentă: această stare este atribuită atunci eredității poligenice ce dovedește repartuția gaussiană a QI. În acest cadru, debilitatea exogenă — patologică — se distinge prin importanța:

- tulburărilor perceptive;
- tulburărilor de ritm și ale organizării spațio-temporale;
- gândirii pur concrete cu un aspect „rigid”, puțin evolutiv și puțin adaptativ;
- tulburărilor afective asociate: impulsivitate, agresivitate.

Astfel, în această accepțiune, dacă debilitatea exogenă este dizarmonică, ar exista la polul opus o debilitate endogenă, numită normală, care ar reveni la constatarea unei întârzieri omogene a dezvoltării intelectuale determinată genetic.

Totodată, cercetările cele mai recente asupra analizei funcționării cognitive, nu numai în termeni de performanță, ci și în termeni de operativitate (probe piagetiene) sau în termeni de competență socială (DPS, EDEI) au arătat că existența acestei debilități normale, omogene, era ipotetică. De fapt, practic la toți copiii debili se constată o heterogenitate a rezultatelor lor. Dacă variațiile individuale sunt întotdeauna posibile, în plan statistic se constată întotdeauna că:

- nivelul probelor verbale este inferior nivelului probelor non-verbale;
- probele perceptivo-motorii sunt mai puțin reușite, la fel ca și testele de explorare a schemei corporale;

– în schimb, la probele de inteligență psihosocială (DPS – EDEI) au un nivel mai bun. Astfel, la DPS: autoconducerea este superioară relației interindividuale, superioară intereselor, superioară scadelor non-verbale clasice, superioară scadelor verbale.

În manieră similară, evaluarea nivelului operator (Inhelder) al copiilor debili pare să indice existența unei fluctuații constante între niveluri de funcționare foarte diferite: nivelul preoperator, operator concret, chiar stadiul senzorio-motor se suprapun și se intersectează atunci când un copil debil este confruntat cu o problemă. El pare incapabil să dezvolte o strategie operatorie coerentă și prezintă rupturi bruște în organizarea gândirii. În toate cazurile, accederea la stadiul gândirii formale este blocată.

Deși este adevărat că heterogenitatea nivelurilor este de obicei mai mare în cazurile de debilitate numită exogenă, rămâne totuși de explicat de ce debilitatea endogenă prezintă o astfel de heterogenitate. Autorii au căutat să pună în evidență sau să sugereze existența unui factor responsabil pentru această heterogenitate. Astfel, Zazzo și col. au propus conceptul de **heterocronie** care „*exprimă simplu în primul rând un fapt: copilul debil tipic se dezvoltă cu viteze diferite în diferite sectoare de creștere psihobiologică*”. Heterocronia nu este o simplă colecție de viteze disparate. Ci este un sistem, o structură. Această heterocronie este pentru Zazzo caracteristică debilului și își are originea într-un factor de maturizare neurofiziologică determinat deficient genetic.

La rândul său, Inhelder, pentru a explica fluctuația constatăată în ceea ce privește nivelurile operatorii, a avansat ipoteza unei „**vâscozități genetice**”, responsabilă de lentoarea dezvoltării cognitive ce ar determina fixații la niveluri de organizare arhaice.

Indiferent de formulările lor, aceste cercetări, conduse de statisticieni sau epidemiologi preocupați mai mult de definirea unei clase decât să se aplece asupra unui individ, conduc la izolarea unei trăsături care ar specifica debilitatea, trăsătură cel mai adesea înscrisă în patrimoniul genetic (debilitatea normală, heterocronia, vâscozitatea, inerția oligofrenă propusă de Luria, rigiditatea mentală propusă de Lewin). Totodată, această perspectivă a permis trecerea de la un concept global de debilitate înfățișat doar din unghiul deficitului, la o conceptualizare dinamică, diacronică a debilității, ca structură în curs de creare datorită unei maturizări defectuoase.

Împotriva unor astfel de conceptualizări s-au efectuat numeroase cercetări asupra copiilor debili: punctul lor comun este acela de a repozitiona factorul „eficiență intelectuală” în cadrul ansamblului organizării psihopatologice a unui individ. În această optică, deficiența mentală nu mai este o caracteristică a unei clase structurale unice (desori înscrisă de la origine în patrimoniul genetic), ci doar un simptom ce vădește structurile mentale subiacente, putând fi foarte

diferite unele de altele, fără a fi în mod necesar legate de o etiologie organică precisă. Atunci când este reperabilă o origine organică, aceasta nu mai este, în acest context, elementul determinant și explicativ unic pentru debilitate.

Astfel, în concluziile unei cercetări importante condusă de Garrone și col. în scopul respingerii distincției între debilitatea exogenă și endogenă, autorii declară: „*debilitatea mentală poate fi înțeleasă ca un rezultat al unui proces sau al unei serii de procese de natură sau cu origini diverse (...). Forma disfuncției și deci a simptomului clinic este determinată mai degrabă de momentul traumei și de istoria de dezvoltare decât de etiologie*”. În aceeași manieră, Gibello, utilizând referințele piagetiene, definește **dizarmonia cognitivă** ca „*o anomalie permanentă a gândirii raționale ce servește ca apărare împotriva angoaselor arhaice*”. Mai recent, acest autor a descris „întârzierile de Organizare a raționamentului” la copii caracterizați de existența unui decalaj între un QI situat în zona normalității și, dimpotrivă, un nivel de organizare a gândirii în termeni piagetieni foarte retardat. Fie că este vorba de dizarmonie cognitivă sau de retard de organizare a raționamentului, aceste eșecuri în investirea procesului de gândire dovedesc procese psihopatologice subiacente ce pun cel mai adesea în joc mecanisme de apărare numite arhaice (v. cap. 16).

Abordare psihopatologică

Pentru clinician, confruntat cu individul, demersul psihopatologic după evaluarea QI, studiul discriminativ al funcțiilor cognitive și al diverselor tulburări instrumentale asociate și, în fine, cercetarea etiologică, constă în evaluarea locului acestei afecțiuni a funcțiilor cognitive ca simptom în cadrul unei anumite organizări mentale.

Fără a nega importanța a ceea ce am numit funcția de realizare (v. cap. 9, 1.), trebuie luată aici în considerare funcția apetitivă din care dimensiunea dorinței și a plăcerii nu poate fi exclusă, ca și diversele strategii utilizate de copil pentru a se descurca (în special investirea reciprocă a proceselor primare și/sau secundare). Anumiți autori consideră de altfel că funcția apetitivă și organizarea fantasmatică joacă un rol prevalent. Astfel, pentru M. Mannoni, copilul debil este prins într-o relație duală care îi interzice poziția de subiect: „*chiar în cazul în care un factor organic este în joc, un astfel de copil trebuie nu numai să facă față unei dificultăți innăscute, ci și manierei în care mama utilizează această deficiență într-un univers fantasmatic ce sfârșește prin a le fi comun celor doi*”. În această relație duală funcția paternă organizatoare a ordinii simbolice nu își poate găsi locul. Totodată, această poziție extremă a primit numeroase critici: aceea a confuziei între geneza ca atare a bolii și reorganizările psihoactive care îi urmează (Lebovici), sau aceea a unei atitudini antinosografice, a unei unificări excesive a mecanismelor (Misès).

În schimb, interacțiunea între funcțiile de realizare și funcțiile apetitive se află în centrul reflecțiilor unor autori ca Lang, Misès, Perron, Garrone. Pentru Misès, „*afecțiunile organice reintroduc în mod necesar perturbările relaționale și, reciproc, pornind de la tulburările grave de ordin afectiv iau naștere uneori distorsiuni durabile ce lasă amprente definitive în organizarea marilor funcții*”. Este esențial, în aceste condiții, să fie evaluat pentru fiecare copil „*locul pe care îl ocupă afecțiunea funcțiilor cognitive în raport cu alte dizarmonii ale personalității*”. În această perspectivă au fost elaborate scalele diferențiale de eficiență intelectuală (EDEI, v. 2.1.). În încercarea de regrupare psihopatologică, ținând cont simultan de necesitatea descrierii sincronice (organizarea structurală actuală a copilului și locul deficitului în această organizare) și de perspectiva diacronică proprie copilăriei (potențial evolutiv deschis sau închis al acestei organizări), Misès propune distingerea unor:

Deficiențe dizarmonice. — Se remarcă o concomitență a factorilor deficitari, tulburări instrumentale diverse (tulburări de limbaj, dispraxii importante), tulburări afective variabile. În cadrul acestui grup Misès izolează:

— dizarmoniile cu versant psihotic, unde performanțele intelectuale sunt adesea foarte limitate și sunt însoțite de angoasă profundă exprimată clinic de conduitele de agitație sau de retragere, bizării de comportament, și care se traduc la teste de personalitate printr-o viață fantasmatică foarte primitivă, crud exprimată, cu o distincție mediocră între real și imaginar. Totodată, „*nu se remarcă aici o nestructurare globală și nici o ruptură totală în adaptarea la realitate*”;

— deficiențele dizarmonice cu versant nevrotic: deficitul intelectual este în general mai puțin sever, asociat cu simptome variabile, identice celor întâlnite la copiii nedeficitari: fobie, obsesii, conduită de eșec, inhibiție. Lipsa luării în considerare a acestei organizări psihopatologice poate conduce la o agravare, și apoi la o fixare a deficitului.

Deficiențele armonice. — Acestea se caracterizează prin prevalența liniei deficitare, nu în funcție de profunzimea sa, ci mai degrabă în funcție de rolul său dinamic: întreaga organizare mentală pare structurată în jurul deficitului care permite într-o oarecare măsură o „abraziune”, o dispariție a celorlalte simptome. Aceste deficiențe armonice constituie un risc evolutiv major de organizări dizarmonice, deficitul agravându-se cu vârsta.

După cum vedem, în această optică, deficiența mentală nu este rezultatul unei lipse inițiale, ci reprezintă „*o structură istoric construită*” (Ajuriaguerra), al cărui determinism este în mod necesar plurifactorial.

3.4. — FACTORI ETIOLOGICI

Factori organici

Toate afecțiunile SNC, indiferent care este cauza, sunt susceptibile să determine o diminuare a capacităților intelectuale. În plan statistic, există o corelație între profunzimea deficitului intelectual și existența unei etiologii organice: cu cât deficitul este mai profund, cu atât probabilitatea de a găsi o cauză organică este mai mare. Totodată, la nivelul cazurilor individuale, excepțiile sunt posibile, deficite profunde putând să nu fie acompaniate, în pofida tuturor investigațiilor, de nici o etiologie organică evidentă.

Diversele etiologii posibile vor fi prezentate în capitolul consacrat defectologiei.

Factori psihosociali

Spre deosebire de factorii organici, factorii psihosociali apar cu atât mai importanți cu cât ne situăm în cadrul debilității ușoare și de limită. Toate studiile epidemiologice și statistice sunt în acord cu recunoașterea faptului că debilitatea ușoară este cu atât mai frecventă cu cât condițiile socio-economice sunt mai scăzute, iar stimularea culturală furnizată de mediul familial este mai redusă. Astfel, comparând un grup de copii debili cu manifestări neurologice asociate, cu un grup de copii debili fără etiologie organică manifestă, Garrone & col. au constatat că există o corelație constantă și puternică între debilitatea ușoară, „fără cauză organică” și condițiile socio-culturale defavorabile; în schimb, copii ce prezintă tulburări neurologice asociate aparțin tuturor păturilor socio-culturale. Această corelație este atât de puternică încât autorii nu au găsit, la o anchetă mai vastă printre cazurile de debilitate ușoară, nici un copil provenind din păturile socio-culturale favorizate sau mediu favorizate. Toți copiii cu debilitate ușoară provin, fără excepție, din clase sociale defavorizate, deși condițiile economice ale acestor familii nu sunt foarte proaste: se insistă asupra prevalenței sărăciei culturale, a sărăciei schimburilor între indivizi, a stimulării mediocre din partea părinților, a indiferenței lor și a pasivității în fața eșecurilor copiilor lor.

Dincolo de factorii socio-economici, *climatul afectiv* joacă un rol fundamental: se cunosc, încă de la Spitz și observațiile sale asupra hospitalismului, efectele dezorganizatoare ale carențelor afective grave. Tabloul carenței afective, al depresiei anaclice, este însoțit frecvent de o slabă eficiență intelectuală ce se integrează în această situație într-un ansamblu semiologic mai amplu (v. cap. 22, 1.).

3.5. — ATITUDINI TERAPEUTICE

Tot ceea ce am spus mai sus avea ca scop să arate că nu există o debilitate în general, ci numeroși copii debili, diferiți, atât în ceea ce privește profunzimea handicapului lor cât și a tulburărilor asociate, a organizării psihopatologice subiacente, a diverselor etiologii posibile. Astfel, nu există o atitudine terapeutică comună, ci o serie de măsuri a căror utilitate depinde de fiecare caz individual. Nu vom prezenta aici terapiile proprii unei etiologii particulare (antiepileptică, extragere tiroidiană, regim fără fenilalanină etc.) acestea fiind studiate în alte capitole. În manieră generală, axele terapeutice se organizează în jurul a trei direcții:

- abordarea psihoterapeutică a copilului și/sau a familiei sale;

- măsuri pedagogice;

- măsuri instituționale.

În mod cert, aceste diverse măsuri nu sunt incompatibile între ele, dar utilizarea privilegiată a uneia sau alteia depinde, înainte de toate, într-o ordine descrescătoare a importanței:

- de evaluarea psihopatologică a copilului și a dinamicii familiale;

- de posibilitățile socio-economice ale familiei (spre exemplu, ambii părinți lucrează? Are vreunul dintre ei posibilitatea sau dorința de a se opri?) și de capacitățile de susținere locală (existența unui spital de zi pentru copii debili, a unor clase specializate aflate la o distanță rezonabilă de domiciliu);

- în fine, de profunzimea deficitului.

Abordare psihoterapeutică

Se poate recurge la psihoterapie suportivă sau la psihoterapie de inspirație psihanalitică (v. cap. 29). Indicația depinde de locul simptomatologiei de deficit în cadrul organizării psihopatologice; cu cât simptomul apare mai mult ca simptom al unei suferințe psihoaective puse în evidență de angoasă sau de diverse conduite psihopatologice asociate, cu atât este mai indicată psihoterapia.

Abordarea familială, sub formă de consiliere, de psihoterapie familială sau de terapie în conjuncție mamă-copil, nu trebuie neglijată. Copilul debil suscitat întotdeauna dificultăți relaționale în sânul familiei sale: tendința la respingere sau la hiperprotecție, demisie în fața handicapului profund sau refuz al acestuia. În ceea ce privește cuplul ca atare, M. Mannoni a arătat foarte bine modul în care copilul debil se interpune între tatăl și mama sa, atât reacționând frecvent prin resemnare sau ignoranță, în vreme ce mama este prinsă, conștient sau nu, într-o relație prea strânsă cu copilul, oscilând între atitudini de dresaj și comportamentul de supunere în fața exigențelor sale.

Conștientizarea progresivă a legăturii puternic impregnate de sado-masochism, reintroducerea tatălui sau a unui echivalent simbolic într-un climat care nu este nici culpabilizant, nici agresiv, poate ajuta și părinții și copilul. Atunci când prevalează condițiile socio-economice mediocre, un ajutor mai concret acordat familiei (asistent social, ajutor familial) poate fi temporar util, dacă nu se transformă într-o asistență cronică.

Măsuri pedagogice

Acestea reprezintă uneori singura abordare posibilă, când copilul pare să se organizeze complet în jurul simptomului de deficit (deficiență armonică sau fixată). Ele constituie frecvent prima etapă a tratamentului.

Pe de-o parte, se poate propune o reeducare individuală (ortofonică, „psihopedagogică”), atunci când un anumit sector pare în mod particular deficitar. Pe de altă parte, există un vast domeniu de diverse clase și instituții specializate. Nu le vom detalia aici (cu atât mai mult cu cât acestea se schimbă frecvent!). Vom cita numai clasele de perfecționare, de adaptare, secțiunile de educație specializată, școlile naționale pentru debili medii sau ușori (v. capitolele referitoare la școală și instituții sociale). Vom face numai două observații de ordin general:

- există o mare distanță între teoria administrativă și practică: echipamentul local este adesea deficitar, astfel că indicația școlii pentru un tip sau altul de pedagogie specializată depinde cel mai adesea de structurile existente local decât de nevoile proprii copilului;

- oricât de bune ar fi intențiile afișate (posibilități de recuperare pentru o inserție viitoare în circuitul școlar normal, mai buna considerare a cazului individual etc.), aceste structuri au funcționat până acum mai degrabă ca factori de excludere decât ca posibilități de reinserție. Din acest motiv, în practică, avem impresia că trebuie încercat totul în mod rezonabil la nivelul copilului și al familiei sale, înainte de a accepta astfel de soluții.

Măsuri instituționale

Plasamentul instituțional în externat (EMP)¹⁹ spital de zi) prezintă avantajul de a regropa în același loc posibilități de acțiune psihoterapeutică și măsuri pedagogice adaptate.

În ceea ce privește plasamentul în internat, aceasta este o măsură ce trebuie luată în considerare în special atunci când copilul se află în situație de rejecție, când prezența sa permanentă acasă este sursa unui conflict grav ce nu poate fi mobilizat repede, sau atunci când gravitatea deficitului alienează total un membru al familiei aflat în serviciul acestui encefalopat profund.

¹⁹ EMP – Externat Medico-Pedagogic. (n. t.)

4. — COPIII SUPRADOTAȚI

Interesul acordat copiilor supradotați cunoaște o dezvoltare recentă, deși principalul studiu statistic efectuat asupra acestui subiect de Terman și colaboratorii a început în 1925.

Existența copiilor supradotați nu este contestabilă, însă criteriile distinctive sunt variabile. În general, nivelul ridicat al performanțelor intelectuale servește ca reper prin traducerea sa în QI. Sisk vorbește de supradotați când QI este mai mare de 120-130. Pentru alții, QI trebuie să fie de cel puțin 135-140. De partea sa, Chauvin estimează că învățarea spontană a lecturii, fără forțare din partea familiei, încă de la vârsta de 4-5 ani, constituie un bun element de reperare a copilului supradotat. Totodată criteriul intelectual nu trebuie să fie exclusiv, alte sectoare ale personalității fiind la fel de valabile. Astfel, în Statele Unite, un studiu a propus luarea în considerare a următoarelor sectoare: 1° capacitățile intelectuale generale; 2° aptitudinea școlară specifică; 3° gândirea creativă sau productivă; 4° arta vizuală sau de expresie; 5° calitățile de conducător; 6° capacitățile psihomotorii.

Dacă intenția poate părea demnă de laudă, rămâne însă de definit pe baza căror criterii se vor evalua, spre exemplu, „gândirea creativă” sau „arta vizuală”.

În fine, trebuie distins copilul natural supradotat de copilul prea stimulat și forțat, caz mult mai frecvent. Competiția socială a părinților prin intermediul copiilor lor, constrângerile de învățare excesive și foarte timpurii pot să-i dea acestuia aparența unei precociități ce se estompează rapid.

4.1. — ABORDARE EPIDEMIOLOGICĂ

Frecvența copiilor supradotați în raport cu ansamblul populației preșcolare și școlare depinde în mod evident de pragul inferior stabilit: în ansamblu, evaluările oscilează între 2 și 5%, copilul superior dotat (QI > 160) fiind excepțional (Davis 0, 001%).

Cele câteva anchete asupra unui număr mare de supradotați (Terman: 1500 de cazuri; G. Prat: 141 de cazuri) dau următoarele caracteristici:

- sex: procentaj superior al băieților;
- familie: frecvent primii copii din sânul unei fratri medii;
- nivel socio-economic: frecvent familii de nivel superior, trăind în condiții materiale bune și de nivel cultural bun. Totuși, copiii supradotați pot proveni din toate categoriile sociale;
- origine etnică: frecvent copii de origine evreiască;

- *dezvoltare fizică*: în ansamblu, acești copii prezintă o bună sănătate fizică, dezvoltarea lor statură-ponderală situându-i la limita superioară (Terman);
- *aptitudinea școlară*: pare să existe o repartitie bifocală. Pe de-o parte, numeroși copii prezintă un avans școlar, sar peste clase, iar, pe de altă parte, există o mare proporție dintre ei care întâmpină dificultăți, putând merge până la eșec școlar paradoxal;
- *interese, caractere*: deși această variabilă este dificil de evaluat, se pare că diferitele studii sunt de acord asupra anumitor puncte:
 - *marea apetență pentru lectură*: pe lângă învățarea precoce, acești copii sunt toți mari cititori;
 - *izolarea frecventă*: le place să fie singuri, preferând jocurile de construcție, de elaborare. Totodată, nu este vorba despre o retragere socială deoarece această izolare este intermitentă.

Evaluare pe termen lung. — Pentru Terman & col. (studiu catamnestic de-a lungul a 35 ani), copiii își păstrează capacitatea intelectuală bună. Nivelul lor de situație depinde atât de situația socială a tatălui lor, cât și de propria lor aptitudine. Această menținere a capacităților intelectuale nu apare și în studiul lui Prat: dimpotrivă, mulți copii suferă o diminuare a eficienței lor când sunt plasați în condiții deficitare.

4.2. — DIFICULTĂȚILE COPILULUI SUPRADOTAT

Interesul acordat copiilor supradotați îndreaptă o atenție sporită asupra dificultăților lor. În ansamblu, aceste dificultăți se datorează decalajului care există între o maturitate intelectuală prea precoce și celelalte sectoare.

Decalajul social. — Copilul supradotat, în special în domeniul intelectual, se află într-un constant dezechilibru cu clasa sa de vârstă: atracția și interesele sale intelectuale îl conduc să se integreze într-un grup de copii mai mari, în vreme ce maturitatea sa fizică și afectivă îl apropie cel mai adesea de cei de vârsta lui. În sânul familiei, același decalaj este frecvent între maturitatea copilului și nivelul exigențelor sau de dependență cerut de părinți.

Decalajul intern. — La fel ca și în cazul copilului debil, studiul diverselor capacități ale copilului supradotat pune în evidență heterogenitatea de nivel pe care Terrassier propune să fie numită disincronie. Astfel, „*în manieră globală, copiii supradotați în plan intelectual nu au aceeași precocitate în plan psihomotor*”. Dacă ei pot să învețe să citească încă de la 4-5 ani, învățarea scrierii este dificilă datorită relativei neîndemânări motorii, astfel încât copilul

poate să dezvolte o reacție de intoleranță față de modurile de expresie scrise. Se remarcă în egală măsură un decalaj între nivelul probelor verbale și nivelul probelor non-verbale, în favoarea celor din urmă. În fine, este frecvent decalajul între o maturitate intelectuală înaintată și o maturitate afectivă mai apropiată de vârsta cronologică.

Manifestări psihopatologice. — Decalajul intern și social al copilului supradotat poate fi sursă de suferință, dar nu trebuie considerat în sine ca anormal. În schimb, acesta poate suscita apariția unor conduite psihopatologice: astfel, copiii supradotați par supra-reprezențați într-o populație de copii cu probleme (G. Prat). Simptomele cel mai frecvent întâlnite sunt instabilitatea și eșecul școlar paradoxal; acest eșec școlar al cărui risc este evocat de toți autorii, ține fie de dezinteresul sau inapetența față de activitățile școlare, în special atunci când copilul este menținut în clasa corespunzătoare vârstei sale reale, fie de mecanisme mai patologice: inhibiție intelectuală, atitudine de eșec.

Aceste manifestări pot fi legate frecvent de existența a unei angoase importante: supradotații sunt copii care devin cu ușurință anxioși: angoasa existențială (întrebări legate de moarte, de Dumnezeu), angoasa nevrotică putând de altfel conduce la constituirea unor veritabile organizări patologice, în special nevrotice: apariția unor conduite obsesionale datorită acestei extreme maturități a Eului este de asemenea frecventă (v. cap. 17, 2.3.).

4.3. — CONDUITE PRACTICE

În afara conduitei psihopatologice care necesită măsuri terapeutice adaptate (în special psihoterapie), principala problemă este aceea a pedagogiei, specială sau nu, ce trebuie oferită acestor copii. În unele țări, s-au luat măsuri la nivel național de câțiva ani. Acestea se repartizează în modul următor:

- crearea de clase speciale pentru copiii supradotați (SUA, Israel);
- menținerea copilului supradotat în clasa sa de vârstă, dar cu un supliment pedagogic adaptat, fie în școală, fie în alt loc, în afara orelor școlare (Israel, Marea Britanie);
- absența unor măsuri particulare (Franța), sau, la nivel individual, sărirea unor clase.

Fiecare măsură are avantajele și dezavantajele sale, contestatarii și susținătorii săi, întrucât în spatele problemei puse de copiii supradotați se profilează și probleme de genetică, de inteligență și de morală legate de politica individului (egalitarism sau elitism etc.). Menținut în clasa sa de vârstă, copilul supradotat se sărăcește cel mai adesea, își pierde interesul pentru școală, suferă din cauza

decalajului său intelectual. Crearea claselor speciale le oferă desigur o pedagogie adaptată, le stimulează creativitatea, le permite o mai bună inserție în grup, dar în același timp asta presupune favorizarea celor care sunt deja cei mai favorizați (întărește inegalitatea socială), în a le da un sentiment de superioritate, intrând într-o competiție nefastă.

În general, metodele adaptate răspund fie unei accelerări, fie unei îmbogățiri a învățământului. Regăsim în ceea ce învață orice școlar faptul că: „*Este mai bun un cap bine făcut decât un cap plin*” (Montaigne, 1533-1592).

BIBLIOGRAFIE

- BINET A., SIMON TH.: La mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants. *Publications de la Société Alfred Binet*. Bourrellet ed., Paris, 1954, a 8-a ed.
- CHIVA M.: *Débiles normaux et débiles pathologiques*. Delachaux et Niestlé, Lausanne, 1973.
- DAILLY R.: Débiles pathologiques et débiles normaux. *Méd. Inf.*, 1976, 83, (8), 971-986.
- GARRONE G., GUIGNARD F., RODRIGUEZ R.: Etude pluridimensionnelle du syndrome dit „Débilité mentale légère”, *Confrontations Psychiatriques*, Spécia, 1973, (10), 85-112.
- GIBELLO B.: Les retards ou régressions d'organisations du raisonnement. *Neuropsych. Enf. et Adol.* 1985, 33, 1, 3-11.
- GIBELLO B.: *L'enfant à l'intelligence troublée*. Centurion ed. Paris, 1984, vol. I.
- KAUFMAN A.S. & coll.: *L'examen psychologique de l'enfant K-ABC*, I vol., La pensée Sauvage, 1995.
- MANNONI M.: *L'enfant, sa „maladie” et les autres*. Seuil, Paris, 1967, 1 vol.
- MISES R.: *L'enfant déficient mental*. PUF, Paris, 1975.
- MISES R.: Approche psychopathologique des déficiences intellectuelles de l'enfant. *Pédiatrie*, 4101 J., 10, EMC, Paris, 1979.
- PRAT G.: Vingt ans de psychopathologie de l'enfant doué et surdoué en internat psychothérapique. *Neuropsychiat. de l'enfance*, 1979, 27, (10-11), 467-474.
- ROUX-DUFORT L.: A propos des enfants surdoués. *Psychiat. Enf.*, 1982, 25, 1, 27-149.
- TERMAN L. & coll.: *Genetic studies of genius*. Stanford University Press, California, vol. I, 1925; vol. II, 1926; vol. III, 1930; vol. IV, 1947; vol. V, 1959.
- TERRASSIER J.-C.: Le syndrome de dyssynchronie. *Neuropsychiat. de l'enfance*, 1979, 27, (10-11), 445-450.

ZAZZO R. & coll.: *Manuel pour l'examen psychologique de l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Lausanne, 1969, a 3-a ed.

ZAZZO R.: *Les débilités mentales*. A. Collin, Paris, 1971, a 2-a ed.

NUMEROS SPECIAUX: *Confrontations psychiatriques*, Spécia, Paris, 1973, n° 10, 1 vol. Articles de Mises, Lang, Perron, Garrone, Taylier, etc.

NUMEROS SPECIAUX: *Médecine Infantile*: 3 numéros avec des articles de: Dailly, Plantade, Rondil, Fessard, Lefort, Blondel, Wolf etc. 1 1976, 83 (8), 881-1010; 2 1978, 85 (3), 301-413; 3 1978, 85 (4), 419-559.

NUMEROS SPECIAUX: *Revue de Neuropsychiatrie*, puis *Neuropsychiatrie de l'Enfance*: articles de Lang, Gibello, Mises, Kholer, Tomkiewicz etc. 1974, 22 (1-2), 1-150; 1979, 27 (1-2), 3-124; 1981, 29 (1-2), 1-122.

10 TULBURĂRI DE COMPORTAMENT

Regruparea în același capitol a unor conduite foarte diverse este justificată mai degrabă de obiceiul de a le trata în ansamblu, decât printr-o unitate psihopatologică. Singurul lor punct comun este acela de a fi conduite socializate, evoluția lor depinzând în mare parte de procesul de socializare și de deviațiile sale. În afara acestui punct, regrouparea în același capitol a minciunii, furtului și fugii este arbitrară și nu are valoare în sine.

Aceste conduite simptomatice nu trebuie integrate aprioric într-o organizare patologică specifică (cum ar fi psihopatia), ci trebuie înțelese ca dovezi ale dezvoltării progresive a copilului, în special discriminarea progresivă între fantasmă și realitate, dependență și independență, între sine și non-sine. Din acest motiv, pentru toate aceste conduite există un continuum ce merge de la normalitate, în cadrul căreia acestea participă la procesul de dezvoltare, până la expresia unor organizări patologice foarte variabile. În orice caz, dacă aceste conduite nu par să aibă o semnificație psihopatologică deosebită, atunci când survin în manieră intermitentă sau izolată, în schimb repetarea și reproducerea lor în timp, asocierea lor, pot constitui primele semne pentru ceea ce la adolescență va deveni o organizare psihopată manifestă (v. *Adolescență și psihopatologie*: conduitele psihopate).

1. — MINCIUNA

„Minte cum respiră” este un dicton ce se aplică adesea copilului, subliniind cele două componente ale minciunii:

- frecvența sa;
- funcția sa cvasi-vitală.

Dacă toți copiii mint, înseamnă că există un motiv. La nivelul investiției limbajului, către vârsta de 3-4 ani, când copilul descoperă această nouă posibilitate de a nu spune totul, se depășește o etapă importantă. A minți înseamnă pentru

copil posibilitatea de a cuceri puțin câte puțin certitudinea că lumea sa imaginată internă este a lui personal. Dacă este adevărat că la început copilul nu face prea bine distincția între realitate și lumea sa imaginată, în schimb el va percepe foarte repede în lumea materială care îl înconjoară ceea ce este adevărat și ceea ce este fals. Totodată, această distincție nu își va dobândi semnificația deplină înainte de 6-7 ani, vârstă la care se integrează mai solid diversele valori sociale și morale. Dacă a minți îi poate permite copilului să continue să se protejeze, a spune adevărul se va integra treptat într-o conduită socială în care stima de sine și recunoașterea altora se vor afla în primul plan.

Numeroși autori au propus o reflecție asupra minciunii. Trebuie să precizăm mai întâi definiția: minciuna este acțiunea de a altera cu bună știință adevărul; este vorba despre propoziții ce conțin o aserțiune contrară adevărului. Mai poate fi atribuit un al doilea sens minciunii: în registrul poetic, aceasta face trimitere la fabulă și la ficțiune. În plan filosofic și moral, două cupluri se află în mod constant în opoziție: pe de-o parte, cuplul adevăr-minciună, iar, pe de altă parte, cuplul adevăr-greșală.

La copil, distincția între adevărat și fals, apoi între adevăr și minciună, este progresivă. Pentru Piaget, înainte de 6 ani, copilul nu face distincția între minciună, activitate ludică și fabulație. Treptat, după vârsta de 8 ani, minciuna își va dobândi dimensiunea intențională. Între aceste două etape, de-o parte fund prevalentă activitatea ludică, fabulația și fantasma, înainte de 6 ani, iar de cealaltă parte aflându-se minciuna intenționată, după 8 ani, se situează o perioadă în care adevărul și falsul sunt distincte, dar minciuna se confundă cu greșala.

De la Freud încoace, minciuna a făcut obiectul câtorva cercetări ale psihanaliștilor, care recomandă pacienților tocmai „să spună tot”. Freud însuși a pus în legătură primele întrebări ale copilului referitoare la naștere cu minciuna adulțului. De fapt, spunea el, la întrebarea „de unde vin copiii?” se răspunde prin povestea cu barza. Pentru Freud: „*În acest prim act de neîncredere își are originea independența sa intelectuală și adesea se simte, din acea zi, într-o gravă opoziție cu adulții cărora nu le iartă în fond niciodată că l-au înșelat în această privință*”. Totodată, trebuie să recunoaștem că în zilele noastre toți copiii știu că bebelușul este în pântecul mamei, dar continuă să mintă referitor la asta. De asemenea nu credem că minciuna copilului se poate fonda pe această primă minciună a adulțului. De partea sa, Ferenczi a dezvoltat o noțiune interesantă, legând minciuna de noul sentiment de „atputernicie a gândirii”. Această atputernicie a gândirii poate fi pusă în serviciul prezervării narcisismului infantil, de asemenea atputernic, al Eului Ideal: minciuna devine atunci un mijloc de redobândire a acestei atputernicii sau cel puțin de menținere a iluziei sale. Minciuna compensatoare, asupra căreia vom reveni, se înscrie direct în această perspectivă. Complementar acestui punct de vedere este cel al lui Tausk:

pentru acest autor, importanța minciunii constă în faptul că, prin ea, copilul descoperă non-transparența gândirii, pe când el are uneori fantasma că părinții lui, în special mama, îi pot cunoaște, îi pot ghici toate gândurile. Minciuna devine dovadă că există o limită între imaginarul fiecărui individ, că psihicurile nu se confundă. M. Klein formulează o ipoteză orientată în același sens întrucât ea leagă minciuna copilului de declinul puterii parentale. Vom încheia aceste câteva note cu Anna Freud care pare că, vorbind despre minciună, se referă în special la fabulație atunci când insistă asupra fenomenelor regresive și la predominanța proceselor primare asupra proceselor secundare.

Reflectând asupra tuturor acestor funcții interesante ale minciunii, ne putem pune în mod legitim o întrebare, inversând interogația inițială, și anume nu „de ce mint copiii?“, ci „de ce spun uneori adevărul?“. De fapt, a spune adevărul nu vine de la sine, ci reprezintă o veritabilă învățare progresivă. Învățarea limbajului constituie în sine o incitare la minciună chiar și numai prin importanța acestei perioade a limbajului ce corespunde fazei anale de dezvoltare libidinală, când copilul spune „nu“ la tot, când instaurează o delimitare în propriul discurs. Există deci o întreagă învățare socială a adevărului: părinții valorizează în general mărturisirea adevărului și fac din el dovada unui comportament de responsabilitate impregnată de adultomorfism. A spune adevărul va deveni pentru copil, puțin câte puțin, o modalitate mai subtilă de a-și satisface părinții, de a satisface exigențele sociale și, *in fine*, de a-și satisface propria stimă de sine, adică propriul narcisism. Percepem încă de pe acum unul dintre paradoxurile minciunii: de fapt, dacă în mod primitiv minciuna poate fi pusă în serviciul atotputerniciei narcisice, utilizarea sa persistentă nu face decât să scadă stima de sine și, în consecință, fundamentul narcisic al persoanei: treptat, minciuna devine un paravan a căruia unică funcție este de a masca acest vid narcisic: mitomania constituie ilustrarea tipică.

În plan clinic, în mod clasic se disting, la copil, trei tipuri de minciună: minciuna utilitară, minciuna compensatoare, mitomania.

1.1. — MINCIUNA UTILITARĂ

Corespunde foarte direct cu minciuna adultului: a minți pentru a obține un avantaj sau pentru a evita o neplăcere poate să apară ca o conduită la îndemână, al cărui exemplu îl constituie disimularea sau falsificarea notei de la școală.

Comportamentul anturajului față de această conduită banală în sine va determina modul de evoluție. Neatent sau prea credul, anturajul riscă să-i favorizeze continuarea, riguros și moralizator în mod excesiv, poate provoca o adâncire într-o conduită din ce în ce mai mincinoasă (a doua minciună pentru

a o explica pe prima). Relevarea acesteia, fără a insista prea mult asupra sa, permite copilului păstrarea aparențelor și totodată înțelegerea inutilității acesteia. Atitudinea copilului în fața minciunii depinde în parte de comportamentul adultului, în special al părinților. Foarte adesea adulții mint copilul devalorizându-și astfel propriul cuvânt. Nu este rar ca micul mincinos să aibă părinți mincinoși... chiar dacă este „pentru binele lui“. Minciuna poate atunci să devină un mod de comunicare privilegiat, dacă nu unic, asociindu-se altor comportamente deviante: fugă, furt etc.

1.2. — MINCIUNA COMPENSATOARE

Traduce nu căutarea unui beneficiu concret, ci căutarea unei imagini pe care subiectul o crede inaccesibilă sau pierdută: își inventează o familie mai bogată, mai nobilă sau mai savantă, își atribuie merite școlare, sportive sau războinice... În realitate, această reverie este banală și normală, cel puțin în copilăria mică și când ocupă un loc rezonabil în imaginarul copilului.

Anumiți copii dezvoltă o reverie imaginară ce ocupă un loc predominant sau care devine foarte elaborată. În „romanul familial“, copilul își construiește o întreagă familie și dialoghează cu diverșii săi membri; de asemenea, poate să își inventeze un dublu, deseori un frate sau o soră, sau un prieten cu care își comentează viața, în compania căruia se joacă. Banale până la vârsta de 6 ani, când astfel de conduite se înscriu în spațiul de reverie tranzițional ce permite copilului să își elaboreze identitatea narcisică, dincolo de această vârstă persistența lor semnalează adesea tulburări psihopatologice mai marcate: personalitate de tip isteric, imaturitate traducând incertitudine în identificări, tulburări mai profunde ale conștiinței de sine. Astfel, fabulația constituie una dintre conduitele caracteristice copiilor pre-psihotici.

1.3. — MITOMANIA

Este gradul extrem al acestei reverii fabulatorii. Această entitate nosografică a fost propusă de Dupré, în 1905, care numea astfel „tendința patologică mai mult sau mai puțin voluntară și conștientă la minciună și la crearea de istorii imaginare“. Mitomania este descrisă de acest autor ca vanitoasă, malignă, perversă și, adăugând el, încă fiziologică la copil. Atunci când se încearcă înțelegerea semnificației psihopatologice a mitomaniei, se constată adesea că aceasta este un veritabil suport narcisic, dar un suport construit în aer, pe care, totuși, copilul îl ține totmai ca o amăgire în fața acestui vid. Copilul grav mitoman este adesea confruntat cu carențe

extrem de severe, nu numai carențe în contribuțiile afective obișnuite și necesare, ci și carențe în liniile parentale, incertitudini de identificare (tată și/sau mamă necunoscut(ă)) sau mai mult, cunoscut(ă) de anumiți membri ai familiei, dar ținut(ă) ascuns(ă). Foarte apropiat de mitomanie se află delirul de reverie: termen datorat lui G. Heuyer, care caracterizează copiii ce trăiesc în permanență într-o lume de vis cu tematică megalomană, în care distincția între delir și reverie nu este întotdeauna clară. Echivalentul său la adult îl constituie parafrenia.

2. — FURTUL

Furtul este conduita delinvență cea mai frecventă la copil, reprezentând aproximativ 70% dintre „delicte” minore. Se observă mult mai frecvent la băiat decât la fată, iar frecvența sa crește o dată cu vârsta.

Totodată, nu se poate vorbi de furt înainte să fie dobândită clar noțiunea de proprietate de către copil: „*Conceptele de «al meu» și «nu este al meu» se dezvoltă foarte progresiv, în paralel cu progresul care îl conduce pe copil către desăvârșirea individualității sale*”, declară Anna Freud. Noțiunea de „al meu” este dobândită de altfel cu mult înainte de cealaltă noțiune care necesită renunțarea de către copil la egocentrismul său inițial. Copilul trece în mod natural printr-o perioadă în care totul îi aparține, sau cel puțin totul este proprietatea sa potențială. În această perioadă „a fi privat de” sau „a fi furat” are un sens pentru el, în vreme ce „a lua cuiva” sau „a fura” nu are.

În același timp, noțiunea de furt reclamă, în afara dezvoltării suficiente a noțiunii de proprietate, de limită a sa și a altuia, dezvoltarea conceptului moral de bine și de rău, cu toate implicațiile sale socio-culturale. De asemenea, abia la vârsta la care socializarea începe să dobândească un sens pentru copil, adică în jur de 6-7 ani, conduita de furt poate să fie numită astfel, nu numai de către observator, dar și de către copil.

Cu vârsta, se observă o evoluție progresivă a naturii furturilor, mergând de la dulciurile furate de copil acasă, până la furturile caracteristice și repetate ale adolescentului organizat în bandă. Totodată, nu există o înălțare ineluctabilă, iar copilul care fură în manieră accidentală nu va deveni neapărat un hoț (Lauzel).

2.1. — CIRCUMSTANȚELE FURTULUI

Locul furtului este la început domestic: copilul mic fură de acasă (dulciuri, monede), la început de la membrii familiei: părinți, frați; apoi cercul furtușagurilor

se lărgeste la vecini sau prieteni, la școală (vestiar), la clubul sportiv, în fine la stradă și la magazine (mărfurile expuse din supermarket).

Obiectele furate, anodine la început și semnificative pentru solicitările copilului (bomboane, mâncare, jucării mici), devin rapid mai utilitare: bani (furturi domestice care pot ajunge la sume importante), obiecte răvnite (discuri, cărți) sau uneori colecționate (scrumiere), mijloace de transport, biciclete apoi motocicletă, ajungând până la mașină la adolescent. Obiectul este uneori aberant în sensul că nu îi este necesar copilului, ci actul de furt ca atare este cel investit.

Utilizarea obiectului furat este foarte variabilă. Acesta este uneori direct consumat sau utilizat. Alteori, este ascuns cu grijă, obiectele sunt adunate, dar nu sunt utilizate atunci când furturile se repetă, fiind însoțite de un sentiment de angoasă și de teama de a fi descoperit. În alte cazuri, care nu sunt rare, obiectul este abandonat în manieră ostentativ vizibilă, ca și cum copilul ar căuta să fie descoperit și denunțat; sau se mai întâmplă să fie spart și distrus, sau dăruit și distribuit altora (mâncare, bani, discuri, cărți etc.): furturile generoase descrise de Heuyer și Dublineau.

2.2. — COMPORTAMENTUL COPILULUI

Prezintă mari variații legate uneori de vârstă. Jena și sentimentul de culpabilitate există rareori la început. Copilul mic își însușește obiectul fără vinovăție: reacția anturajului la aceste prime conduite le va conferi un sens secundar.

Uneori se observă o luptă anxioasă împotriva gestului, acesta fiind realizat în culmea tensiunii care apoi se liniștește; copilul este singur atunci când fură, jenat, apoi apare un sentiment de culpabilitate care poate explica căutarea pedepsei. Alteori, dimpotrivă, furtul nu este însoțit nici de tensiune nici de culpabilitate, este trăit ca o revendicare îndreptățită sau remedierea unei lipse. Însăși ideea furtului poate fi refuțată, copilul sau adolescentul vorbind în acest caz de un împrumut, în special când este vorba despre vehicule. Se poate întâmpla și să fie vorba despre o provocare, de un ritual de inițiere în legea unei bande, sau chiar de furt „sportiv”, veritabilă competiție între adolescenți. Cu cât furtul se înscrie mai mult într-un comportament de grup, cu atât semnificația sa antisocială riscă să fie mai mare.

2.3. — ORIGINEA PSIHOGNETICĂ ȘI SEMNIFICAȚIA PSIHOPATOLOGICĂ A FURTULUI

Revendicarea față de obiect, pe care o implică în mod evident conduita de furt, a fost percepută de majoritatea autorilor: noțiunile de carență afectivă, de abandon intra-familial sau real, de separare parentală, de extremă rigoare sau de demisie educativă totală însoțesc toate descrierile copilului care fură.

De altfel, mama este în mod obișnuit prima persoană furată. Winnicott subliniază referitor la acest fapt că „*atunci când un copil fură un obiect, el nu caută obiectul furat, ci o caută pe mamă, asupra căruia el are niște drepturi*”. Atunci când mama dezamăgește copilul, acesta din urmă consideră că are drepturi asupra ei; furtul (din punctul de vedere al unei terțe persoane) nu este pentru el decât o justă reînsoțire a bunului său. Winnicott insistă asupra faptului că furtul nu are întotdeauna o semnificație negativă: persistă o revendicare, o speranță față de obiect. Important este ca această așteptare să nu fie decepționantă. Astfel, reacția părinților este primordială, situându-se între două extreme nefaste.

Pe de-o parte, o rigiditate excesivă conferă unei conduite banale o semnificație patologică de la început: copilul este un hoț și va deveni *ipso facto* un suspect permanent. Copilul se poate închide atunci într-o conduită masochistă repetitivă, în care temerile sunt confirmate de fiecare dată, atât în ceea ce-l privește pe copil, cât și pe părinții lui sau anturajul său (învățător, educator).

La cealaltă extremitate întâlnim toleranța, dacă nu o veritabilă complizență față de aceste conduite: copilul se simte scuzat, sau chiar autorizat. Anumiți părinți protejează astfel asupra copilului lor propria tendință antisocială pe care devin incapabili să o limiteze.

Pornind de la acest sentiment de carență inițială (reală sau fantasmatică din partea copilului) și de la reacția parentală la primele furturi, această conduită dobândește un sens în organizarea sa psihopatologică. Și aici, în sânul proceselor mentale de interiorizare a legii parentale (materne și apoi paterne) și a legii sociale, adică în organizarea progresivă a Supraeiului, furtul se situează pe un continuum care merge de la o extremitate marcată de o rigiditate excesivă a Supraeiului de care copilul nu se poate elibera, până la cealaltă extremitate marcată de absența totală a instanței critice și al cărei rezultat este conduita antisocială.

Astfel, furtul se observă în cadrul unei organizări nevrotice evidente: revendicarea unei afecțiuni sau a unei autorități se impregnează frecvent cu un sentiment de culpabilitate (spre exemplu la copii provenind din părinți separați): furtul satisface simultan lipsa și nevoia de pedeapsă.

La cealaltă extremitate, furtul este una dintre conduitele simptomatice cele mai obișnuite ale psihopatiei și semnaleză frecvent modul de intrare în delincvență. Conduita antisocială poate fi cercetată în calitate de rit de inițiere

în grup. Deseori furtul se înscrie într-o conduită deviantă, mai organizată, în care beneficiile materiale sau financiare sunt direct căutate. Culpabilitatea este adesea complet negată, proiectată în exterior, uneori chiar cu complezența mass-media: este vina societății.

În stadiul intermediar se situează furtul obiectului-fetis sau de asemenea investirea perversă a conduitei de furt: satisfacția nu poate fi obținută decât prin anumite obiecte (lenjerie feminină) sau numai în cadrul trecerii la act ca atare. Culpabilitatea sau rușinea nu însoțesc neapărat trecerea la act, dar îi urmează adesea.

3. — FUGA

Un copil fuge atunci când abandonează locul unde ar trebui să fie în mod normal, pentru a umbra ore în șir, sau chiar zile, fără a se întoarce acasă.

Ca și în cazul furtului, este dificil să vorbim despre fugă la copil înainte ca acesta să fi dobândit o conștiință clară a domiciliului său: copilul mic, care se rățește la piață, într-un magazin mare sau pe plajă nu este un fugat. În practică, nu se vorbește despre fugă înainte de 6-7 ani.

3.1. — CIRCUMSTANȚELE FUGII

Durata fugii este foarte variabilă și depinde în parte de vârsta copilului. Preadolescenții și adolescenții pot face fugi prelungite, în vreme ce copilul mic se întoarce, sau se lasă prins de poliție la căderea nopții.

Atunci când fuge, cel mai adesea, copilul nu are nici un scop: rățește în jurul domiciliului, se ascunde mai mult sau mai puțin în locuri din împrejurimi (groapă, teren viran). Uneori se duce în locuri de predilecție (centru comercial, intrarea în cinematograful) sau umblă fără rost, indecis și fără ocupație. În mod manifest caută să fie prins sau găsit de către părinți sau vecini. În alte cazuri, fuga are un scop precis. Când este vorba despre un copil mic (mai mic de 11-12 ani), scopul fugii este de a părăsi un loc detestat sau temut pentru a ajunge altundeva (fugă pentru a fi cu buna, cu bunicii). Cu cât este mai mare copilul, și în special la adolescență, cu atât fuga se înscrie mai mult într-un comportament socializat în cadrul unui grup: fugă pentru a merge la „prietenii”, pentru a face o „plimbare”. În această situație, fuga face adesea parte dintr-un comportament numit psihopat și poate constitui ocazia unei conduite antisociale mai caracteristice (furt, violență). Mai mult decât în cazul furtului, nu există un profil psihopatologic specific

fugarului. Un element pare sigur: frecvența extrem de mare a rupturilor pe care copilul fugăr le-a suferit în viață: divorț sau separare a părinților, abandon, carență afectivă, plasamente multiple, mutări numeroase. Acești factori par cu atât mai preponderanți cu cât copilul este mai mic. La adolescentul fugăr, în schimb, cei care predomină sunt factorii generali de predevolență (psihologici, sociologici, economici).

Impulsivitatea caracterizează o bună parte dintre copiii fugari pentru care fuga reprezintă o descărcare motorie pusă în act în fața unei tensiuni insurmontabile de care fug. Pentru alții, dimpotrivă, fuga este pregătită cu mult timp înainte sau cel puțin imaginată înainte, și poate reprezenta o conduită relativ adaptată pentru a exprima o suferință sau o cerere pe care adulții refuză să o înțeleagă: așa se întâmplă cu copiii care suferă plasamente frecvente împotriva voinței lor (probleme datorate limitei de vârstă impuse de instituții sau anumite plasamente familiale) sau fără să se țină suficient cont de părerea lor.

3.2. — TIPURI DE FUGĂ

Printre formele etiologice vom aminti clasică *fugă epileptică*, mult mai rară decât s-a descris. Dacă epilepsia temporală poate explica o deambulare, ea se află rareori la originea unei conduite elaborate.

Fuga isterică cu amnezie se întâlnește rar la copil, dar se întâlnește uneori la adolescent(ă).

Rătăcirile copilului psihotic sau autist merită cu greu numele de fugă. Anumite psihoze se caracterizează totuși printr-o nevoie compulsivă a copilului de a scăpa de orice limită impusă, inclusiv limitele locului. La adolescență, nu este rar ca un episod delirant acut sau un debut de schizofrenie să înceapă printr-o „călătorie patologică” ce se prezintă ca o fugă într-un context discordant.

Vom atribui un loc aparte *fugilor de la școală*, care sunt foarte frecvente. La început sunt greu de deosebit de chiulul de la școală, în timpul căruia copilul umblă pe străzi sau se ascunde până la ora normală de întoarcere acasă de la școală. Este vorba adesea despre copii care au dificultăți școlare, aflându-se în situație de eșec sau care au un comportament mai clar psihopat. În schimb, fugile școlare repetate sunt însoțite frecvent de un context anxios și pot inaugura o veritabilă fobie școlară (v. cap. 23) care se integrează atunci într-o organizare nevrotică infantilă. Aceste fugi școlare pot rămâne mult timp ignorate de către familie, în vreme ce copilul se prefăce că merge la ore și vine acasă la ora obișnuită, procurându-și uneori temele de la un coleg sau chiar inventându-le el însuși, și cu carnetul de note la îndemână. În cele din urmă, fie familia sfârșește prin a descoperi realitatea, fie angajarea copilului atinge un asemenea grad încât le spune singur părinților.

Dacă, în mod evident, nu există un tratament specific pentru fugă, vom semnală totuși atitudinile care induc de regulă conduita de fugă. În primul rând al acestora, reprimarea conduce, în special la adolescent(ă), la o recrudescență a fugilor. Primele modalități de răspuns ale anturajului, atunci când se produc în acest mod (interzicerea ieșirilor, supraveghere, închidere în cameră), riscă să cristalizeze o conduită patologică în care copilul găsește un anumit beneficiu în a mobiliza familia, când nu este vorba despre poliție sau jandarmerie, dobândind o confirmare a atașamentului părinților, de fiecare dată când se îndoiște de acesta.

4. — CONDUITELE DE ADICȚIE

Anchetele epidemiologice confirmă experiența clinicianului: populația cu vârsta între copilărie și preadolescență (între 9-10 și 13-14 ani) este din ce în ce mai mult implicată în consumul anurilor droguri sau al unor produse deviate de la utilizarea lor normală (lipici, solvenți), precum și în consumul de tutun și alcool.

4.1. — CONSUMUL DE ALCOOL

Toate studiile epidemiologice efectuate în diferite țări (Franța, țările scandinave, Statele Unite, URSS...) pun în evidență o serie de date asemănătoare:

- o vârstă din ce în ce mai precoce a debutului consumului; 7, 8, 9 ani sunt vârste frecvent citate;
- un procentaj deloc neglijabil de copii care beau regulat; 6,4% între 6-10 ani beau bere la masă, 1,3% beau vin (Zourbas, Rennes, 1981);
- între 11 și 13 ani, 30% dintre băieți, 21% dintre fete consumă ocazional și 5% dintre băieți, 2% dintre fete, în mod regulat (Choquet, 1994);
- manifestările de beție încep încă de la vârsta de 10 ani, cu recidive frecvente (3% dintre liceeni afirmă că au fost beți cel puțin de trei ori înainte de 16 ani). Acest tip de alcoolizare caracterizează ulterior consumurile numite „toxicomane” ale anurilor adolescenți: beție, starea fiind sistematic căutată;
- o creștere importantă a consumului de bere, cidru, dar și a aperitivelor sau a băuturilor digestive sunt băieți, deși consumul de alcool la fete crește uneori mai repede decât cel al băieților;
- factorii de mediu par să joace un rol preponderent. Copiii evoluează în general într-un mediu psihosocial încărcat: mamă singură adesea, tată în mod obișnuit alcoolic atunci când este acasă, conduite frecvente de inadapare la școală sau acasă;

- primul contact cu alcoolul se produce cel mai adesea în familie, cu ocazia sărbătorilor sau al unor ceremonii (căsătorie, aniversare...), spre deosebire de alcoolizarea adolescenților care beau între ei;
- printre factorii care ar trebui să conducă la teama unei recidive după o primă criză de beție, se pot menționa: dacă e băiat, a comis acte de delinvență, are tată alcoolic, beția a avut loc în timpul săptămânii și nu la sfârșitul săptămânii sau cu ocazia unei sărbători (Rydellus & col., 1985).
- vârsta de debut a consumului pare să joace un rol în consumul abuziv ulterior al adultului. Astfel, printre tinerii care începeau să consume încă de la 11-12 ani, regăsim 13,5% care consumă abuziv și 15,9% care răspund la criteriul de dependență la alcool zece ani mai târziu (Dewit D. J. și col., 2000). Aceste cifre sunt, respectiv, de 2% și de 1% atunci când consumul a debutat la 19 ani sau mai târziu. Semnalăm totodată că și corelația pare mai dificil de afirmat atunci când consumul de alcool debutează foarte devreme, înainte de 10 ani (dificultatea de a obține date fiabile din cauza eșantioanelor de dimensiune redusă).

4.2. — CONSUMUL DE TUTUN

În timp ce consumul de tutun s-a stabilizat, chiar s-a diminuat la adolescenți (prevalența tabagismului a diminuat de la 50% în 20 de ani la cei de 12-18 ani: 46% în 1977, 25% în 1997; CFES, barometru sănătății tinerilor din 1997-1998, in Alvin P., Marcelli D., *Medicina adolescentului*, 2000), consumul de tutun crește în categoriile de vârstă mai mici și pare de asemenea să crească la copiii mai mari (8-12 ani). În Canada, 6,5% din băieții de 10-12 ani afirmă că fumează ocazional și 4,8% dintre fete, 8,4% din băieții de 11 ani declară că fumează în mod regulat. În Franța, 4% fumează ocazional între 10 și 13 ani, iar 1% fete și 2% băieți fumează în mod regulat (Choquet M., 1994). Nu dispunem de studiul epidemiologic în populația generală pentru clasele de vârstă inferioară.

În anchetele franceze (Choquet M., Ledoux S., 1994), tabagismul precoce (definit ca un consum cotidian de zece țigări sau mai mult) apare ca unul dintre cele mai importante criterii de risc pentru numeroase dificultăți psihopatologice ulterioare (consumuri abuzive de diverse alte produse, dificultăți școlare și fugi precoce, tulburări de comportament și conduite delincvente etc.). Rolul celor de aceeași vârstă este esențial, incluzându-l și pe cel al „fraților mai mari” (vezi *infra*) mai ales în timpul inițierii consumului, în timp ce în menținerea consumului rolul acestora este mai complex și incert (Ledoux S. și col., 2000).

4.3. — CONSUMUL DE HAȘIȘ

În ancheta națională asupra adolescenților (Choquet M., 1994), 2% din cei de 11-13 ani au fumat deja hașiș și 1% fumează în mod regulat. Acest consum este rareori izolat: el merge alături de consumul de tutun și/sau de alcool. Alte droguri, cel puțin în Franța, sunt practic inexistente, cu excepția solvenților.

4.4. — CONSUMUL DE SOLVENȚI

Produsele utilizate sunt foarte diverse: solvenți industriali vânduți în drogherii (acetona, tricloretilenă), solvenți conținuți în anumite produse (lipici pentru machete sau mobilă, lac, vopsea, soluții de scos pete...), gaz propulsor de aerosoli... până la urmă orice produs care provoacă efecte de ebrietate și/sau euforizante poate fi utilizat, indiferent de toxicitatea sa naturală.

Inhalarea produsului se face în aer liber, singur sau cel mai adesea în trei sau patru: într-un recipient (fund de sticlă, lingură), pe un tampon pus sub nas sau pur și simplu ținut în mână și inhalat (sniffage²⁰). Uneori este încălzit pentru a accelera evaporarea.

Efectele sunt mai întâi ebrietatea și o euforie rapidă (quick drunk²¹) acompaniată de o stare de bine. Foarte rapid pot să apară complicații în funcție de cantitatea și natura produsului inhalat: cefalee, vărsături, tulburări de echilibru, tulburări neurologice care pot merge până la coma cu sau fără convulsii. Numărul de decese, deși încă minim, crește regulat (11 în 1981, 20 în 1983 în Franța). Mai rar apar alte complicații psihice: halucinații cu viziuni colorate, alterarea experienței temporale, senzație de derealizare. Conduite auto- sau hetero-agresive pot însoți aceste trăiri specifice. Atunci când nu se produc complicații, starea de ebrietate și euforie dispăre rapid și copilul poate repeta de mai multe ori aceste prize controlându-și astfel experiența.

Toleranța se dezvoltă foarte rapid conducându-l pe copil la creșterea dozelor; poate să apară și o *dependență*.

Complicațiile nu sunt rare. În afara complicațiilor neurologice deja evocate, vom cita fără a detalia: complicațiile nefrologice (tricloretilenă, toluen), hepatologice, cardiologice, hematologice, pneumologice.

Spre deosebire de consumul de alcool, aceste inhalări (sniffage) se practică în afara familiei, în bandă mică, în gropi, în locuri abandonate, în spatele unei palisade. Aspectul „epidemic” este frecvent: mai mulți copii sau preadolescenți

²⁰ În limba engleză în text. (n. t.)

²¹ ibid.

din aceeași clădire sunt implicați deodată. Autorii americani consideră că acești copii provin adesea din „clasa medie”, a căror structură familială ar fi de „tip rigid”. În Franța, autorii pun înainte carența afectivă și educativă, copiii părăd să provină din „mediul defavorizat” și suferind adesea de situații de abandon (Charles-Nicolas). Eșecul sau respingerea școlară sunt obișnuite. În 76% din cazuri este vorba despre băieți. Durata medie a perioadei de inhalație (sniffage) este aproximativ de doi ani. Este încă dificil de prezis evoluția inhalațiilor (sniffage). Botbol & col. disting printre acestea: un „pol de asumție” în care este pus înainte grupul, plăcerea senzorială și conduita de sfidare. Acești preadolescenți sunt expuși riscului de adicție; un „pol de abolire” în care este pusă înainte inconștiența, riscul fizic. Mai degrabă solitară, priza poate merge până la conduite de autodistrugere.

Absența abordării individuale, a angajamentului într-o relație terapeutică sau a evaluărilor psihologice (bilanț psihologic) efectuate pe un număr suficient de copii fac aleatorii ipotezele psihopatologice. Carența afectivă, depresia și conduitele de evitare a acesteia (comportamente riscante, conduite provocatoare) sunt deseori evocate.

Problema socială majoră, această toxicomanie a „săracului” care devine și a copilului, pune problema măsurilor de prevenire și asistență a unei copilării în pericol (v. ultima parte).

BIBLIOGRAFIE

- BOTBOL M., ANGEL P., FACY F., ISSERLIS C.: *Adolescents et inhalation volontaire de solvants volatiles*. Neuropsychiat. Enf. Ado., 1988, 36, 2-3: 87-96.
- CHARLES-NICOLAS A.: *Toxicomanie aux solvants chez les préadolescents*. Neuropsychiat. Enf. Ado., 1988, 36, 2-3: 61-63.
- LAUZEL J.P.: *L'enfant voleur*. PUF, Paris, 1966.
- MICHAUX L.: *L'enfant pervers*. PUF, Paris, 1961.
- NERON G.: *L'enfant fugueur*. PUF, Paris, 1968.
- PARQUET Ph. J., BAILLY D.: *Aspects de l'alcoolisation des enfants et des adolescents*. Neuropsychiat. Enf. Ado., 1988, 36, 2-3: 97-107.
- RYDELIUS P.A.: *Toxicomanie et alcoolisme chez les enfants et les adolescents en Suède. In: Enfants dans la tourmente: parents de demain*, Coll. L'enfant dans sa famille, vol. 7. PUF, Paris, 1985, 193-203.
- SUTTER J.M.: *Le mensonge chez l'enfant*, PUF, Paris, 1972.
- WINNICOTT D.W.: *De la pédiatrie à la psychanalyse: la tendance antisociale*. Payot, Paris, 1969, 175-184.

11 PSIHOPATOLOGIA JOCULUI

1. — GENERALITĂȚI

Deși scrierile asupra jocului sunt foarte numeroase, nu există propriu-zis studii psihopatologice ale jocului copilului. Cu toate acestea, atât în domeniul explorării psihanalitice, cât și în cercetările asupra dezvoltării cognitive, jocul a ocupat un loc considerabil. De la descrierea făcută de Freud, și devenită clasică, a jocului cu bobina la un copil de 18 luni, numeroși psihanalisti au observat copii în situația de joc și au dedus o serie de ipoteze metapsihologice, fără însă a elabora o teorie a jocului. La fel, jocul a fost pentru Piaget un instrument privilegiat de studiu al diverselor stadii cognitive.

Dincolo de locul său în maturizarea individului, dimensiunea socială a jocului a fost de timpuriu subliniată, chiar dacă semnificația sa nu este identică pentru toți. Astfel, numeroși autori consideră că jocul reproduce simplu comportamente, credințe sau ritualuri care înainte erau încărcate de semnificații culturale (Him, Groos). Pentru alții, în special Huizinga, dimpotrivă, tocmai din joc provine cultura; toate manifestările importante ale culturii sunt mutate pe el și sunt tributare spiritului de căutare, de respect față de regulă, de detașare pe care o creează și o întreține jocul.

Jocul ocupă în același timp un loc amplu în abordarea terapeutică a copilului. Prezența educatorilor în preajma copiilor bolnavi, existența spațiilor de joacă în serviciile spitalicești de pediatrie sunt recunoscute ca o necesitate. În anumite servicii care tratează patologii grave, oferă tratamente intensive, îngrijiri cu aspect agresiv (cameră sterilă, spitalizare prelungită) este prezent chiar în mod regulat un clovn care permite copilului să suporte condițiile de viață dificile și să găsească derivate. Copilului cu dificultăți psihopatologice îi sunt propuse numeroase și diverse „terapii prin joc”, iar unii dintre ei beneficiază în mod incontestabil de pe urma acțiunii terapeutice.

La întrebarea de ce individul, copil sau adult, se joacă, există răspunsuri numeroase și variate: jocul a fost înțeles când ca un surplus de energie ce trebuie

evacuată, când ca o trăsătură filogenetică a dezvoltării ontogenetice, când ca o manieră de a exersa viitoare competențe.

Analizele jocului s-au preocupat să descrie fie jocul ca atare, fie jucătorul, analiza structurală sau genetică.

Mai recent, jocul a fost analizat în dimensiunile sale interactive, în special jocurile nou-născutului sau ale bebelușului cu mama sa.

1.1. — CLASIFICAREA JOCURILOR

Clasificările jocurilor sunt foarte numeroase în funcție de perspectiva din care le descriu: socială sau culturală, genetică sau structurală etc.

Pentru Erickson gradul de socializare necesitat de un joc servește la clasificarea diverselor tipuri într-o perspectivă structuralistă. Acest autor descrie astfel jocuri care se desfășoară în atmosferă (explorarea senzațiilor corporale proprii), apoi în microsferă (mediul apropiat copilului) și, în final, în macrosfera socială.

J. Piaget propune la rândul său o clasificare întemeiată pe structura jocului dar care, în același timp, urmează îndeaproape evoluția genetică a proceselor cognitive. El distinge:

– *jocurile de exercițiu*, caracteristice în perioada senzorio-motorie, începând de la naștere până în jur de 2 ani. Pornind de la reacțiile circulare primare (utilizarea spontană a capacităților și funcțiilor pe măsură ce acestea apar), apoi secundare, bebelușul caută prin jocul senzorio-motor să armonizeze progresiv actele cu informațiile nou-primate și să încorporeze aceste informații de „a ști cum” și mijloacele de clasificare (v. cap. 1, 3.1.);

– *jocurile simbolice*, între 2 și 7-8 ani, adaugă exercițiului ca atare dimensiunea simbolismului și a ficțiunii, cu alte cuvinte capacitatea de reprezentare prin gesturi a unei realități non-actuale. Exemplul tipic este jocul de-a se face că, de „a se preface că”. În opinia lui Piaget, jocul simbolic organizează gândirea copilului la un stadiu la care limba nu a atins încă un control suficient, permite manipularea și chiar producerea de imagini mentale în cursul cărora, grație repetiției, copilul asimilează situațiile noi;

– *jocul cu reguli*, în fine, mai întâi ca imitație a jocului celor mai mari, apoi organizându-se spontan pornind de la 7-8 ani, marchează socializarea copilului. În vreme ce jocurile precedente tind să descrească o dată cu vârsta, jocurile cu reguli, dimpotrivă, cresc în frecvență, dovedind importanța relațiilor și a codului social.

S. Millar, într-o perspectivă genetică, dar mai puțin centrată pe stadiile cognitive, distinge în faza senzorio-motorie jocurile de explorare, în care fie obiectul, fie experiența, sunt noi, jocurile de manipulare în care obiectul este cunoscut, jocurile de exercițiu unde se observă schimbări în activitate dar nu de obiect (a face tot ce este posibil cu același obiect), jocurile repetitive al căror rol este de a înregistra sau de a codifica experiența cu plăcerea pe care o reprezintă previzibilitatea acțiunii.

R. Caillois propune o clasificare structurală a jocurilor în funcție de o dublă axă:

– *prima axă* este reprezentată de un factor de ordine, de codificare, mergând de la jocul de improvizație liberă, cu o desfășurare fără griji pe care îl denumește *paidia*, până la jocul reglementat, riguros, care necesită răbdare, efort sau îndemânare, și pe care îl numește *ludus*. Autorul se apropie aici de opoziția anglo-saxonă dintre „play”²² și „game”²³, care în limba franceză se traduc prin același substantiv: „joc”;

– *a doua axă* se ocupă de descrierea structurii ca atare a jocurilor în funcție de patru componente fundamentale

- *agôn*: joc în care domină competiția;
- *aléa*: unde resortul ludic este hazardul;
- *mimicry*: domeniu al iluziei, al ficțiunii și „a se preface că”;
- *ilinx*: unde senzația de vertij, de transă sau spasm alimentează jocul.

Fiecare din aceste patru componente poate să se asocieze cu altele, dar nu în manieră arbitrară, deoarece în opinia autorului există conjuncții fundamentale (*agôn* și *aléa*, *mimicry* și *ilinx*), contingente (*aléa* și *ilinx*, *agôn* și *mimicry*), sau chiar imposibile (*agôn* și *ilinx*).

1.2. — CONTRIBUȚIA PSIHANALITICĂ

La rândul lor, psihanalistii au fost mai puțin atenți la descrierea jocului ca atare, cât mai ales la semnificația pe care acesta putea să o aibă în funcție de dezvoltarea psihoafectivă a copilului. Freud a deschis calea descriind acest copil de 18 luni care se juca în manieră repetitivă cu o bobină legată de un fir, strigând O-O-O (*fort*: departe, în germană) când îl arunca, apoi îl primea cu un *da* (uite) fericit la reparația lui când îl trăgea de fir. Este remarcabil faptul că această observație este situată exact la 18 luni, vârstă de cotitură între jocul de

²² În limba engleză în text. În română, ca și în limba engleză, există „joacă” și „joc”. (n. t.)

²³ Ibid.

exercițiu senzorio-motor și începutul jocurilor simbolice. Freud consideră că acest joc, prin bucuria pe care o oferă copilului, îi permite acestuia să asimileze psihic un eveniment impresionant (absența mamei), să îi devină stăpân și să inverseze astfel rolurile: nu mai este un subiect pasiv, ci devine un actor. Există în acest joc o interacțiune subtilă între manipularea repetitivă a absenței-prezenței bobinei și interiorizarea relației materne, la un stadiu la care limbajul este prea rudimentar pentru a fi un mediator al acestei simbolizări, deși este însoțit de gesturi esențiale (OOO, da). Apoi clasicul joc „de-a v-ați-ascunselea” sau „cucu-bau”, cu participarea activă și maturativă a adulțului care întărește stăpânirea de copil a noțiunilor de prezență și de absență.

Anna Freud, continuând descrierile tatălui său, pune în evidență un mecanism privilegiat în situația de joc, pe care îl denumeste „identificarea cu agresorul”, unde se observă tocmai inversarea atitudinii pasive în activă, transformarea masochismului în sadism, și însușirea stăpânirii. Ea subliniază totodată rolul fundamental pe care îl definește jocul în procesul de socializare a copilului, mergând până la a-l considera unul dintre elementele aptitudinii de a munci a adulțului.

De partea sa, Melanie Klein și-a centrat de la început interesul asupra jocului care, în opinia sa, ocupă în analiza copilului același loc pe care îl are visul în analiza adulțului. Ca și visul, jocul permite o satisfacere substitutivă a dorințelor, dar rolul său nu se oprește aici: grație mecanismelor de clivaj și proiecție, jocul permite evacuarea, prin intermediul personificării, încălcării de angosă suscitată de conflictul intrapsihic, fie că este vorba de un conflict intersistemic (spre exemplu între un Supraeu arhaic și Sine), de un conflict între două imagini interiorizate clivate (sân bun-sân rău) sau de un conflict între două niveluri de relații interiorizate (imagini pregenitale și imagini oedipiene). Proiecția acestor conflicte, și a angoselor ce le însoțesc, asupra realității externe reprezentate în joc, permite simultan o mai bună stăpânire a acestei realități și o liniștire a angoselor interne. Astfel „jocul transformă angosă copilului normal în plăcere”.

Totodată, riscul unei astfel de concepții este de a face din joc reprezentarea directă a diverselor instincte sau pulsuni, care conduce la o decriptare simbolică imediată ce se situează din capul locului la nivelul fantasmatic cel mai profund și mai arhaic. Riscă astfel să neglijeze studiul organizării formale a jocului și a locului pe care acesta îl ocupă în relația reală cu adulțul.

Asupra acestei relații cu adulțul, exprimată în joc, insistă Lebovici, Diatkine și Soule, în special în cadrul psihoterapeutic: jocul este o experiență emoțională corectoare în prezența unui adult binevoitor, experiență în cursul căreia copilul exprimă nu numai afectele sale agresive, ci și relațiile pozitive pe care le are cu el.

Toate lucrările lui Winnicott poartă marca originalității sale profunde și a grijii sale permanente de a ține cont de această interacțiune dintre copil și mediul

său. În această perspectivă, jocul ocupă un plan privilegiat deoarece se află în centrul a ceea ce Winnicott numește **fenomene tranzitoriale**. El definește de asemenea noțiunea de spațiu de joc: „*această arie în care are loc jocul nu este aceea a realității psihice interne. Ea este în afara individului, dar nu aparține nici lumii exterioare*”. Este o arie a iluziei, intermediară între înăuntru și în afară. A te juca este un proces universal, caracteristic sănătății, datorită căruia copilul are experiența omnipotenței sale, încă din primele luni, într-un câmp amenajat în prealabil de către mama lui. Jocul trebuie distins de instincte, în special de pulsunile sexuale sau agresive, a căror activare constituie de fapt o amenințare: „*elementul agreabil pe care îl compoartă jocul implică faptul că activarea pulsională nu este excesivă... jocul este în sine excitant și precar*”. Winnicott definește astfel o a treia arie, între lumea internă și realitatea externă, arie care la început este proprietatea comună a mamei și a bebelușului. Puțin câte puțin, bebelușul, iar apoi copilul mic, dobândește o anumită autonomie în această arie intermediară, în special grație **obiectului tranzitional**.

Acest obiect constituie un fel de materializare a fenomenelor tranzitoriale. Winnicott desemnează prin asta colțul de păturică sau de scute, jucăria de pluș de care copilul nu se poate despărți, sau pur și simplu policele. Acest obiect tranzitional ia locul obiectului din prima relație și precede stabilirea testării realității. Copilul exercită asupra lui un control omnipotent și magic, dar și o manipulare absolut reală, fapt prin care se deosebește de obiectele fantasmatic interne în raport cu care, subliniază Winnicott, nu reprezintă o simplă proiecție. Deși trebuie considerată cu prudență orice materializare prea rapidă, obiectul tranzitional astfel definit reprezintă adesea prima jucărie pe care copilul o mănutește, sau cel puțin așa este recunoscută de adulți.

S-ar mai putea spune multe referitor la locul pe care îl ocupă jucăria în cadrul activității ludice a copilului, dar determinanții săi sunt atât de numeroși, culturali, socio-economici, familiali, etici etc., încât acest subiect depășește cu mult cadrul acestui capitol.

1.3. — JOCUL INTERACTIV

Fie că este vorba de descrierile clasice (Piaget, Caillois) sau de contribuțiile psihanalitice, copilul care se joacă pare cel mai adesea că este singur. De altfel, tocmai pentru a suporta această solitudine inventează copilul obiectul tranzitional.

Totuși, înainte de a ajunge acolo, bebelușul a dobândit deja experiența jocului, dar a unui anumit joc, când s-a jucat cu cei apropiați (mama, tata, dar și frații, doica...). Este esențial să facem loc jocurilor, fie că sunt cu marionete, gădălaturi, „cucu-bau”, cu animaluțul, cântecelele ce însoțesc jocul de legănare...

Toate mamele se joacă cu bebelușii lor. În aceste jocuri, o întreagă gamă mimică, posturală, verbală, melodică este utilizată și schimbată între mamă și bebeluș. Când o mamă se joacă în acest fel cu bebelușul ei, începutul jocului este marcat de o fază de angajament (D. Stern), apoi de un joc repetitiv în care obiectivul căutat pare să fie crearea de reguli, apoi vine așteptarea repetării însoțită de „violarea” acestor reguli, mai întâi de către mamă atunci când copilul este foarte mic, apoi de către copil. Această violare este însoțită de râs sau de hohote de râs ale copilului, punctate de un „din nou”.

Aceste perioade de joc sunt în general scurte, corespunzând unui intens schimb interactiv de afecte într-o relație de proximitate. Ruperile de ritm, așteptarea înșelată, creează un „micro-ritm” specific, propriu fiecărei diade (D. Marcelli). Aceste „așteptări înșelate” permit copilului să investească timpul de așteptare, să tolereze frustrarea și să anticipeze surpriza. Regăsim aici o parte din caracteristicile proprii oricărui act de creație.

2. — ABORDAREA PSIHOPATOLOGICĂ A CONDUITELOR DE JOC

Subliniam la începutul paragrafului precedent contrastul dintre importanța locului ocupat de joc în studiul proceselor de dezvoltare a copilului sau în studiul proceselor terapeutice, și relativa raritate a lucrărilor în care sunt studiate aspectele specifice ale jocului în funcție de patologia copilului: urmând descrierile expuse mai sus, ne-am putea pune întrebarea dacă se observă diferențe în evoluția genetică, în procesele dinamice sau în organizarea structurală a jocurilor în funcție de această patologie.

2.1. — STADIILE GENETICE ALE EVOLUȚIEI JOCULUI ȘI NIVELUL INTELECTUAL

Cele câteva studii care au încercat să pună în corelație nivelul intelectual și capacitatea de joc au arătat că copiii dotați se joacă mai variat și sunt mai inventivi și mai schimbători. În schimb, **copiii retardați** se joacă puțin, petrecând inactivi perioade îndelungate. Aceștia preferă jocurile fără reguli complicate, pe care le joacă în general copiii mai mici. Nu rareori vedem copii mai mari de 6-7 ani care încă mai practică jocuri de manipulare sau repetitive care evocă jocurile senzorio-motorii. La fel, primele activități caracteristice pentru începutul fazei simbolice, cum sunt a umple-a goli sau a deschide-a închide, cu noțiunile

concomitente de înăuntru—în afară, prezență—absență, persistă dincolo de vârsta normală.

În utilizarea materialului ludic, spre deosebire de copiii normali, copiii „retardați” par să prezinte mai puține reacții anticipative, de formulare de reguli, de autocorecție și autocenzură când sunt plasați în situația de învățare a unui joc. Ei preferă reproducerea repetitivă a unei singure reguli sau alternanța periodică constantă a două reguli consecutive, în vreme ce copiii normali caută să inventeze noi reguli, le place surpriza (Orsini-Bouchou). În schimb, copiii debili par să prefere activitățile sociale care însă declanșează mult mai puțin procesul de competiție decât la copiii de nivel normal.

2.2. — JOC ȘI EXPRESIE PULSIONALĂ

Winnicott insistă mult asupra distincției dintre joc și emergența pulsională, dorind să se demarcheze net în acest domeniu de concepțiile kleinienne. Trebuie să menționăm că M. Klein a făcut primele sale observații pornind de la copiii psihici sau prepsihici. Acest fapt explică probabil locul privilegiat pe care îl ocupă viața fantasmatică cea mai arhaică în jocul acestora și lizibilitatea sa mai facilă.

De fapt, cu cât viața fantasmatică a copilului este mai copleșitoare, cu atât proiecția asupra realității înconjurătoare este mai mare, iar jocul este mai saturat de aceste protecții. Acest fapt se observă mai bine în special la copiii prepsihici, la care orice activitate ludică este rapid invadată de teme de devorare agresivă, de distrugere, de anantizare, regresie, ce se observă nu numai în conținutul jocului, ci și în organizarea sa formală. De fapt, pulsunile sau fantasmele prea invadatoare pot întrerupe jocul care devine instabil, schimbător, haotic. Un joc calm și liniștit cere copilului să-și poată menține pulsunile la distanță. Se pot observa bine aceste perturbări formale ale jocului la copiii instabili care, în plus, se arată adesea incapabili să accepte regula jocului, cu alte cuvinte, în ultimă analiză, dimensiunea sa simbolică și codificată.

Invadarea jocului de către pulsunea agresivă este de asemenea caracteristică jocului copiilor și adolescenților psihopați pentru care a se juca devine rapid un echivalent al trecerii la act pulsional.

Locul pe care îl ocupă expresia agresivității în joc pare să varieze și în funcție de sex. Toți autorii sunt de acord în a recunoaște că băieții se joacă mai degrabă de-a lupta și intră mai ușor în competiție decât fetele. Jocurile băieților sunt mai variate decât ale fetelor. Determinanții culturali și sociali au în mod evident o pondere considerabilă în aceste diferențe ce par să se estompeze treptat, fetele jucându-se totuși mai ușor jocuri ale băieților decât invers.

În jocurile fetelor, plăcerea de a stăpâni trece cel mai adesea în primul plan, înaintea expresiei pulsionale. Riscul constă atunci în excesul de formalism al jocului, care își pierde astfel o parte din creativitate. Din punctul nostru de vedere, considerăm că aceasta este una dintre explicațiile posibile ale jocului atât de frecvent de-a școala, pe care îl întâlnim mult mai frecvent la fete decât la băieți în perioada de latență.

Dacă expresia pulsională subîntinde existența și desfășurarea multor jocuri, dimensiunea fantasmatică în aspectele sale cele mai mentalizate alimentează anumite jocuri, în special când este vorba despre „a inventa o poveste”. *Romanul familial* constituie ilustrarea tipică. Freud a atras primul atenția asupra nevoii anumitor copii de a-și modifica imaginile legăturile cu părinții lor: își inventează alți părinți (care sunt undeva departe, mai bogați, frumoși, deștepti, glorioși) care au fost obligați să îi abandoneze sau să îi încredințeze adulților care îi cresc. Este vorba desigur despre o „poveste” legată de presiunile pe care complexul Oedip le exercită asupra Eului copilului (dorința de a deprecia părinții, dorința de grandoare...). Copiii abandonați și adoptați își construiesc adesea un astfel de roman familial (v. cap. 26, 2.3.).

Alți copii își inventează un „partener imaginar” cu care dialoghează, se amuză, rivalizează... Este adesea cazul copilului unic, mai degrabă inhibat sau timid, trăind uneori într-o familie foarte închisă. În unele cazuri dialogul cu „partenerul imaginar” poate invada viața copilului, devenind cvasi-senzorializat (halucinat), evocând o organizare psihotică a personalității.

2.3. — VARIETĂȚII STRUCTURALE ALE JOCULUI ȘI PSIHOZELE INFANTILE

Reluând cele patru componente fundamentale ale jocului în accepțiunea lui Caillois, adică (*agôn*) competiția, (*aléa*) hazardul, (*mimicry*) „a se prefăcă” și (*ilinx*) vertijul, poate fi interesant să examinăm activitățile copiilor psihotici.

Astfel, două componente par absente: *agôn* și *aléa*. Jocurile de competiție, prin dimensiunea socială pe care o implică, prezența necesară a altcuiva recunoscut ca persoană diferită, par să se situeze în afara câmpului de preocupare al copilului psihotic: majoritatea activităților „ludice” ale copilului autist sau psihotic constau în manipularea nedefinită a unui obiect prin scheme de acțiuni foarte repetitive, total repliate în autosfera sa. În ceea ce privește hazardul, preocuparea permanentă a subiectului este tocmai de a-l respinge, de a face astfel încât să nu se producă niciodată: stereotipia activităților, repetarea conduitei vizează reproducerea neschimbată a unui univers împietrit în care hazardul nu există.

În schimb, multe activități ale copiilor psihotici se apropie de ceea ce Caillois

definește ca *ilinx*: mișcări circulare, de balansare mergând până la vertij, fascinația pentru tot ce se învârt, majoritatea mișcărilor stereotipe având prin ele însele o dimensiune cvasi-vertiginoasă. Acest vertij ar fi echivalentul unei descărcări pulsionale primitive, sau constituie oare o urmă arhaică a primelor reacții circulare din stadiul senzorio-motor? Întrebarea rămâne în suspensie.

Totodată, ne putem întreba dacă este potrivit să numim „joc” aceste activități psihotice care, prin funcția lor de descărcare pulsională, sunt tocmai la polul opus în raport cu definiția dată de Winnicott.

2.4. — CLINICA OBIECTULUI TRANZIȚIONAL ȘI A JUCĂRIEI

În reperarea funcțiilor jocului în funcție de patologia copilului, clinica obiectului tranzițional este în mod incontestabil ceea ce a fost cel mai bine studiat. Cercetările au vizat existența sau absența sa și caracteristicile sale fizice. Dacă este un fenomen cvasi-universal, cel puțin dacă utilizăm o definiție extensivă care nu îl reduce la o simplă jucărie, se constată însă frecvent distorsiuni grave în utilizarea obiectului tranzițional la copiii autiști sau care suferă o destrucție psihică precoce. Utilizarea satisfăcătoare a unui obiect tranzițional pare să poată fi corelată cu capacitatea de a interioriza relații de obiect de bună calitate. Geisman & col. au studiat un grup de copii autiști, psihotici și prepsihotici. Ei au constatat că o treime din acești copii nu utilizează un obiect tranzițional: aceștia sunt toți copii autiști sau psihotici.

Caracteristicile fizice ale obiectului tranzițional sunt de asemenea importante, la fel ca și permanența investirii sale: obiectul prezintă adesea o consistență anume, dură, metalică, o morfologie bizară (roboței articulați), este spart adesea, abandonat. Astfel, Geisman & col. au remarcat că singurii copii din grupul studiat care au realmente un obiect tranzițional sunt copiii prepsihotici. Ceilalți copii au fie un obiect moale, care este însă imediat distrus sau abandonat, fie un obiect bizar (marionetă mecanică). De asemenea, ei au propus discriminarea, între obiectele privilegiate ale copilului, a obiectelor autoerotice, a obiectelor psihotice, a obiectelor tranziționale, a obiectelor fetiș și a jucăriilor. Această clasificare respectă un fel de gradare paralelă cu recunoașterea și investirea relațiilor de obiect. Ar exista astfel, dincolo de asta, o corelație între gravitatea patologiei și calitatea obiectului tranzițional.

La polul opus acestei patologii psihotice, marcate de absența sau denaturarea obiectului tranzițional, se poate eventual descrie o patologie marcată de investirea sa excesivă. În mod normal, destinul obiectului tranzițional, spune Winnicott, este acela de a dispărea progresiv „la lada cu vechituri”, acesta nu este distrus, nici abandonat, dar investirea de care beneficia din partea copilului se diminuează

treptat. În schimb, anumiți copii nu pot renunța fie la iluzia atotputerniciei asupra obiectului, fie la protecția regresivă pe care i-o conferă. Îi păstrează mult dincolo de vârsta obișnuită (5-6 ani). Aceștia sunt copii care prezintă discrete trăsături nevrotice anxioase și imature. Winnicot subliniază că acest obiect riscă să devină un obiect fetiș al vieții sexuale adulte dacă copilul, apoi adolescentul, nu poate renunța la el.

Raporturile între joc și jucării nu sunt simple: Winnicott a fost primul care a arătat clar acest fapt. O jucărie „suficient de bună” trebuie să lase să se exprime creativitatea copilului: din acest motiv „colful de scutece”, „squiggle”²⁴ (v. cap. 28, 2.), prin aspectul lor inform, pot crea o arie a iluziei, de tranziție, propice emergenței acestei creativități. Jucăriile prea tehnice, prea sofisticate, pot limita sau afecta această capacitate de a inventa. Excesul de jucării poate fi nefast în egală măsură: prea multe jucării distrug jocul; prea multe jucării izolează copilul de grupul de copii de aceeași vârstă. Jucăria devine astfel un obstacol între copil și lumea exterioară.

A strica jucăriile, a strica jocul poate de asemenea dovedi o dificultate în stabilirea acestei arii tranzitoriale descrisă de Winnicott, în special atunci când acest comportament este sistematic. Atunci când copilul sparge jucăriile și/sau jocurile (a sparge jocul înseamnă a fi atât de excitat încât jocul trebuie oprit deoarece există riscul trecerii la act), acest fapt traduce incapacitatea sa de a conține excitația și invadarea de către pulsivitatea agresivă și distructivă. Este în special cazul copiilor cu patologii limită sau prepsihotici (v. cap. 20). Această coplesire trebuie diferențiată de jocurile în care este implicată pulsivitatea agresivă: jocurile de război, de atac, desen violent; menținerea jocului arată capacitatea copilului de a rămâne în planul fanteziei (sau fantasmei) grație căreia poate „inventă” ceva. Această debordare trebuie de asemenea diferențiată de demontare: adesea după o remontare parțială jucăria nu mai funcționează, dar obiectivul pentru copil era de a ști „ce este înăuntru”, cu alte cuvinte un derivativ (mai mult sau mai puțin sublimat!) al curiozității oedipiene și al pulsivii epistemofiliice. Totodată, atunci când și demontarea devine sistematică, acest fapt poate reprezenta o fixație nevrotică, în special când se asociază cu o conduită de eșec prin intermediul imposibilității repetate de a „remonta”.

Deci, pentru clinician este întotdeauna util să descopere puțin câte puțin raportul pe care fiecare copil îl întreține cu jocul și cu jucăriile. Această axă trebuie să facă parte din investigația sa clinică.

²⁴ În limba engleză în text. (n. t.)

2.5. — COPILUL CARE NU SE JOACĂ

Copilul care nu se joacă este un copil care generează îngrijorare indiferent de vârstă are. La bebeluș, Harms a descris „serious babies”²⁵, bebeluși cu fața imobilă și serioasă: pentru autor acest semn era indicul unei posibile boli maniaco-depresive a copilului foarte mic (v. cap. 18, 5.). Bebelușul a cărui față rămâne imobilă, impasibilă, care nu intră în interacțiune, care pare incapabil să se joace într-un schimb mimic și tonico-postural fluid și fluctuant exprimă o suferință și/sau o neliniște: depresivă sau de abandon, hipervigilență anxioasă a copilului mic victimă a violenței (v. cap. 26, 1.).

La copilul mai mare, absența jocului, în special a jocului de rol și de a se preface că, trebuie să atragă atenția părinților, a pedagogului, a educatorului și a medicului. Nu vom reveni asupra particularităților „jocului” și obiectelor autiste pe care le observăm la anumiți copii psihotici (cf. paragraful precedent). Vom aborda pe scurt cazul copilului cuminte, al copilului hiperactiv și al copilului deprimat.

Copilul cuminte. — Cu certitudine nu este întotdeauna un copil patologic! Totuși anumiți copii par foarte cuminiți, satisfăcându-i pe părinții lor sub toate aspectele. Se joacă puțin și când se joacă o fac cu seriozitate și implicație, deseori de altfel în cadrul unei activități de competiție. Acești copii, veritabili „normopați” (M. Rufo), prezintă în general o organizare nevrotică asimptomatică dar în care domină un Supraeu exigent, sever sau chiar tiranic. Această aplicație, această nevoie frecventă de performanță (copiii performanței: J. Wilkins) îi poate conduce până la epuizare și chiar prăbușire.

Copilul hiperactiv. — Se comportă ca un adult în miniatură, ocupându-se adesea de părințele său vulnerabil. Această conduită se observă în special la copilul ai cărui părinți sunt separați și/sau izolați (v. cap. 22, 3.) sau la copilul care are un părinte bolnav, fie că maladia acestuia este fizică sau cu atât mai mult psihică (părinte psihotic sau deprimat, v. cap. 22, 2.). Copilul hiperactiv nu se joacă acasă, preluând îndatoririle domestice: astfel, unii copii fac menajul, gătesc, se ocupă de ceilalți frați etc. Ei scapă în exterior și, în jocurile lor, încearcă să se elibereze de controlul și de stăpânirea pe care o îndură lângă cei apropiați impunând-o celor de aceeași vârstă. Aceste jocuri au adesea o conotație de agresivitate și de dominare, chiar dacă acest lucru nu este în mod evident constant.

Copilul deprimat. — Absența jocului la un copil, figura puțin expresivă, un aer absent (în special în fața televizorului: anumiți copii au în fața ecranului o

²⁵ În lb. engl. în text. (n. t.)

privire goală, rămânând astfel momente îndelungate) trebuie să dea de gândit asupra posibilității unei depresii. Trimitem cititorul la capitolul „depresia copilului”.

În concluzie, am încercat pe scurt o abordare psihopatologică a utilizării jocului la copil. Jocul este o activitate paradoxală, așa cum un paradox este și încercarea de a-l defini cu prea multă rigoare, dar explorarea conduitei ludice prezintă o asemenea importanță pentru evaluarea psihodinamică a unui copil încât ni s-a părut indispensabilă sensibilizarea cititorului.

BIBLIOGRAFIE

- CAILLOIS R.: *Les jeux et les hommes*. Gallimard, Paris, 1958, col. *Idées*.
 CHATEAU J.: *L'enfant et le jeu*. Scarabée, Paris, 1967.
 GEISSMANN C., GEISSMANN P., GROGNIER E.: L'espace transitionnel chez l'enfant psychotique. *Psychiat. Enf.*, 1978, 21 (2), 373-424.
 GUTTON Ph.: *Le jeu chez l'enfant*, Larousse, Paris, 1973, 1 vol.
 HENRIOT E.: *Le jeu*. PUF, Paris, 1969.
 LEBOVICI S., SOULE M.: *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse: le psychanalyste et le jeu de l'enfant*. PUF, Paris, 1970, 141-160.
 MARCELLI D., BRACONNIER A., DEROUET N., VINCENT R.: L'espace du jeu chez l'adolescent psychopathe. 77-e Congrès de Psychiatrie et de Neurologie: *Rapport du Congrès*, 364-369.
 MARCELLI D.: L'enfant sage. *Nervure*, 1991, 3, 10-15.
 MARCELLI D., RUFO M., DABAN M., SIBERTIN-BLANC D., CONSTANT J., AMAR M.: L'enfant sage. Table ronde Entretiens de Bichat. Série d'articles. In: *Neuropsychiat. Enf. ado.*, 1992.
 MILLAR S.: *La psychologie du jeu*, Payot, Paris, 1979.
 NUMERO SPECIAL: Le jeu chez l'enfant. *Neuropsychiat. Enf.*, 1982, 30, 7-8, 369-463.
 ORSINI-BUICHOU F., HURTIG M., PAOUR J.L., PLANCHE P.: Une méthode d'apprentissage destinée à analyser les relations entre développement et fonctionnement cognitif. In: *Développement et fonctionnement cognitif chez l'enfant*. Netchine-Grynberg (sous la direction de), PUF, Paris, 1993.
 WINNICOTT D.W.: *Jeu et réalité*, Gallimard, Paris, 1975.

12 PSIHOLOGIA CONDUITEI AGRESIVE

Ca toate conceptele de ansamblu, definiția agresivității depinde în mare parte de locul ocupat de cercetătorul care încearcă să îi delimiteze sensul. Semnificația agresivității nu este univocă: există numeroase diferențe dacă nu chiar discordanțe sau neînțelegeri între punctele de vedere ale neurofiziologului, etologului, psihologului sau psihanalistului. Cu toate acestea, în ceea ce privește copilul, agresivitatea este un concept central: este ea primară sau secundară? Are un rol maturant sau destructurant? Este evitabilă sau inevitabilă, normală sau patologică? De problema agresivității se leagă în mod direct problema trecerii la act, atât de importantă în clinica infantilă, dar și de aceea a angoasei, referitor la care se pot pune aceleași probleme: primară sau secundară? Maturantă sau destructurantă? etc (v. cap. 17, 1.).

Înainte de a aborda clinica propriu-zisă a agresivității, exesele sale, deviațiile sale de scop (autoagresiune) sau inhibiția sa, vom încerca o prezentare rapidă a problematicei agresivității.

1. — CONCEPTUL DE AGRESIVITATE

Dacă oricine înțelege *a priori* și intuitiv ce înseamnă agresivitate, a-i da o definiție riguroasă este mai dificil. Mai întâi vom distinge agresivitatea ca stare sau potențialitate, de conduita agresivă obiectiv observabilă. În manieră foarte generală, la animal agresivitatea și conduita agresivă sunt strâns legate de noțiunea geografică de teritoriu: cu cât un animal se îndepărtează de centrul teritoriului său, cu atât este mai vigilent, prezentând o stare de activare apropiată de agresivitate, dar conduitele sale sunt mai puțin agresive. Invers, cu cât un animal este mai aproape de centrul teritoriului său, starea sa pare mai agresivă, dar conduitele sale vor fi mai agresive în caz de necesitate. Utilizând noțiunea de teritoriu în manieră metaforică, am putea spune că există o relație invers

proporțională între agresivitate și raportul subiectului cu „ființa-teritoriul”. Totodată, este imposibil să vorbim de agresivitate sau de conduite agresive fără a introduce terțul observator: aici se pune problema agresivității, conduită simplă observată, și aceea a agresivității subînținse de o intenționalitate aparte: bebelușul care zgârie sau mușcă fața mamei, pisica ce se joacă cu șoarecele sunt agresivi? Pasărea, înfioată și cu ciocul scos, care își apără cuibul împotriva intrusului este agresivă? Fratele mai mare care se precipită spre surioara mai mică pentru că tușește și, asaltat de o fantasmă de moarte, se teme că o va vedea sufocându-se, este agresiv?

Aceste întrebări nu își găsesc un răspuns simplu sau mai degrabă prezintă răspunsuri ce depind de poziția epistemologică a observatorului. Pentru unii, descrierea fizică a subiectului: zbârlirea părului, ciulirea urechilor, încruntarea sprâncenelor, țipetele, înclinarea înțoătoarelor sau a corpului etc. ar fi, în funcție de fiecare specie, indicii de agresivitate. Pentru alții, distrugerea sau deteriorarea obiectului vizat (lucru sau persoană) ar fi reperul obiectivabil necesar. Alții nu țin cont decât de intenționalitatea agresivă, iar în acest registru reacțiile de apărare nu sunt considerate ca agresive. În fine, pentru alții conțenează numai trăirea fantasmatică asociată unei conduite sau alteia.

Observăm clar multitudinea modelelor teoretice: agresivitatea-stare tensională particulară, agresivitatea-conduită obiectivabilă, agresivitatea-apărare de sine, agresivitatea-distrugere a obiectului, agresivitatea-intenționalitate. Vom încerca, într-o manieră în mod necesar concisă, să prezentăm principalele teorii ce stau la baza problematicii agresivității la copil.

1.1. — BAZELE NEUROFIZIOLOGICE ALE AGRESIVITĂȚII

Preocuparea neurofiziologului este de a descrie conduite precise fără a judeca intenționalitatea lor. Pe plan experimental, acesta studiază, grație tehnicilor de distrugere sau stimulare localizată la nivelul SNC sau prin mijloace farmacologice, variațiile acestor conduite. În realitate, la citirea diverselor lucrări se constată că agresivitatea este raportată fie la o expresie emoțională (reacție de furie, spre exemplu), fie la o conduită de atac.

Primul tip de cercetare este caracterizat de căutarea localizării la nivelul SNC a unui centru „al agresivității”, fie prin distrugere localizată, fie prin stimulare stereotaxică a unor arii cerebrale precise. S-a ajuns astfel să fie descriși o serie de centre ce favorizează conduitele agresive și alții care le inhibă. Deși variabili de la o specie la alta, în mare se poate considera că aceste regiuni se situează în zonele talamo-hipotalamice (în special nucleul caudal) și în bulbul olfactiv. Astfel, cu titlu de exemplu (Mandel și Karli), ablația amigdalei la specia numită

„șobolan ucigaș” face animalul pașnic, în vreme ce ablația bulbului olfactiv la specia de „șobolan non-ucigaș” îl transformă în „șobolan ucigaș”. Se poate concluziona că în această specie bulbul olfactiv funcționează ca un inhibitor al comportamentului agresiv. Acest fapt este corelat de studiile farmacologice care arată că la șobolanul ucigaș nivelul de acid gamma-amino-butyric (GABA) este scăzut în bulbul olfactiv iar injectarea sa sau injectarea inhibitorului său diminuează comportamentul agresiv al șobolanului ucigaș.

Pe lângă aceste experiențe de localizare, se întâlnesc o serie de experiențe ce vizează modificarea pragului de reactivitate a SNC utilizând diverse substanțe farmacologice. În rândul substanțelor ce exacerbează reacțiile agresive, putem cita d-amfetaminele și testosteronele.

În majoritatea speciilor, comportamentul masculului este mai agresiv decât al femelei, dar injectarea de testosteron accentuează și mai mult acest comportament agresiv al masculului sau îl suscită pe cel al femelei, în special atunci când injectarea are loc în perioada de sensibilitate neonatală. Cu extremă prudență, și cu titlu de ilustrare, vom aborda în clinica umană problema cromozomului supranumerar Y (sindromul 47XYY) botezat în manieră ușor pripită „cromozomul delincvenței”.

1.2. — BAZELE ETOLOGICE ALE AGRESIVITĂȚII

Etologul studiază individul (uman sau animal) pe cât posibil în mediul său natural și în interacțiune cu alți indivizi din aceeași specie sau din specii diferite. Atunci când încearcă să descrie agresivitatea, etologul nu se limitează să o definească prin acțiunea prădătoare ci îi adaugă factorul de intenționalitate. Astfel, pentru K. Lorenz, „un câine care se aruncă cu pasiune asupra unui iepure are aceeași expresie de bucurie și atenție ca și atunci când își salută stăpânul sau când așteaptă un eveniment agreabil”. În opinia acestui autor, relațiile interspecii nu sunt aproape niciodată „agresive”, această calitate fiind practic rezervată relațiilor intraspecie, fie că este vorba de apărarea teritoriului sau de ierarhia în sânul grupului social.

Astfel, pentru etolog, agresivitatea rămâne încă o conduită obiectivabilă dar deja subînținsă de un minim de intenționalitate (apărare și/sau afirmare a teritoriului sau ierarhiei sociale).

În conduita agresivă, care survine cel mai adesea în sânul unui context ritualizat, sunt descrise:

– posturi de amenințare înainte ca orice luptă să fie angajată (anumite pene la păsări, grohăituri sau emisii sonore la insecte sau la pești, zbârlirea coamei,

înfoierea părului etc.): aceste posturi sunt adesea identice în înfruntările intra sau interspecii;

- comportamentul de luptă ca atare prezintă mari diferențe când este intra sau interspecii. Atunci când luptă cu o altă specie, în special atunci când este vorba despre hrană, animalul își folosește armele (dinții, ghearele, coarnele) în mod direct. În schimb, în luptele intraspecii, mimica este încărcată de agresivitate, dar animalul nu își utilizează instrumentele cele mai periculoase sau le utilizează a *minima* (înclinarea coamelor la gazelă, devierea ciocului la găscă cenușie, astfel încât să nu își rănească primejdios adversarul);

- în fine, atitudinea de supunere este proprie atacului intraspecii: în general animalul își prezintă fie punctul vulnerabil (gâtul la lupi), fie se plasează în poziție de supunere sexuală sau își arată organele uro-genitale. În aceste condiții lupta încetează, învinsul abandonând terenul, locul sau proprietatea asupra partenerului sexual.

Aceste lupte sunt mai frecvente la masculi decât la femele, mai frecvente la animalele tinere decât la cele adulte. Frecvența lor variază de la un animal la altul în sânul aceleiași specii. În fine, există variații extrem de importante între specii, unele fiind foarte combative, altele mai puțin. Dar în pofida acestui determinism genetic este posibilă favorizarea sau inhibarea agresivității în funcție de condițiile de creștere (Scott), fapt ce ridică problema importantă a caracterului înnașcut sau dobândit al „instinctului agresiv”. Deși există unii autori care resping ipoteza unui astfel de instinct înnașcut, majoritatea etologilor actuali recunosc importanța conduitei de agresivitate legate, cum am văzut, de noțiunea de teritoriu sau de posesie familială și, de asemenea, secundar, de rezervarea speciei.

Există de altfel numeroși inhibitori ai acestei reacții de agresivitate, în special interspecii: caracteristicile morfologice ale puilor ale căror proporții ale corpului (în special raportul frunte/față) inhibă conduita agresivă a adultului, marcarea teritoriului sau a puilor prin urinare și/sau feromoni (în absența acestui marcaj mama își poate devora puii).

Aceste principii ale observării etologice au fost preluate de unii autori în observarea omului și în special a copilului, cu aceeași metodologie și aceleași presupuneri (în special apărarea teritoriului). Vom menționa în acest sens cercetările efectuate de H. Montaigner & col. Studiind copiii din creșă între 18 luni și 5 ani, acest autor descrie o serie de secvențe de comportament, unele destinate să stabilească o legătură sau să liniștească (ofrande, înclinarea capului pe umăr, zâmbet, mângâiere), altele care antrenează o ruptură a relației, refuzul sau agresivitatea (deschiderea largă sau subită a gurii, țipăt ascuțit, grimase, extensia în pronție a brațului și antebrațului). În conduitele de agresivitate există o progresie de la față la mână: țipăt – mușcătură – împingere – zgârietură – lovitură. Mai mult decât fiecare item în sine, secvența comportamentală este cea care pare fundamentală.

Autorul pune în evidență o evoluție a raporturilor dintre secvența de liniștire și secvența agresivă între 2 și 4-5 ani, când se stabilește treptat o tipologie a fiecărui copil (lider, dominant-agresiv) și care pare să fie în strânsă corelație cu modurile de interacțiune familială, în special cele maternelle, deși autorul nu precizează în mod riguros tehnica de observare a mamelor.

1.3. — BAZELE PSIHANALITICE ALE AGRESIVITĂȚII

După *Dincolo de principiul plăcerii*, dualismul pulsional introdus de Freud, pulsione de viață-pulsione de moarte, continuă să fie obiect de dezbatere pentru numeroși autori. Noțiunii de conduite agresive obiectivabile (chiar dacă intervine un minim de interpretare, așa cum am văzut în descrierile etologice) i se substituie aici noțiunea de agresivitate în calitate de concept pur teoretic, poziție care, în cadrul unei specialități numită științifică, ar fi complet inacceptabilă. Dualismul pulsional, așa cum a fost propus și dus la paroxism de un autor cu ar fi M. Klein, continuă să fie energic refuzat de numeroși autori.

Problema aceasta este importantă atât în practică, cât și în teorie. Ea se poate formula în maniera următoare: pulsione de moarte și agresivitatea (fără ca aceste două niveluri să se confunde neapărat) sunt primare (de unde ar decurge astfel o angosă așa-zis primară) sau nu reprezintă decât stări secundare (la o frustrare, la integrarea culturală...)? Cu alte cuvinte, dezvoltarea copilului și apoi a individului este în mod necesar conflictuală sau se poate face economic de conflict (mitul unei copilării nirvanice și al unei educații perfecte)?

Regăsim în mod direct aceste interogații în practica clinică. Practic, dacă agresivitatea este o realitate indiscutabilă a copilăriei, este util ca, atunci când abordăm în clinică această problemă, să distingem clar (Widlöcher):

- conduitele agresive ca expresii în act ale diferitelor pulsii;
- fantasmele de agresivitate sau de distrugere în care obiectul și subiectul se confundă adesea, Eul și non-Eul indistincte;
- în fine, fanteziile agresive în care copilul își elaborează treptat propriul spațiu psihic.

Trebuie să fim foarte conștienți de faptul că aici se efectuează un salt epistemologic suplimentar: nu mai este vorba despre simpla descriere a unui sistem de atitudini, oricât de complex ar fi el (punctul de vedere neurofiziologic), nici de o secvență de comportament extern susținut în același timp de o intenționalitate (punctul de vedere etologic), ci de o elaborare fantasmatică trăită interior, resimțită și exprimată de către subiect într-o conduită interiorizată sau exteriorizată, a cărei origine rămâne întotdeauna insesizabilă pentru observatorul extern, în afara unei poziții de empatie intuitivă.

Planul de discuție esențial rămâne acela al existenței fantasmelor de agresiune sau de distrugere și locul pe care îl ocupă în funcționarea mentală: aceste fantasme sunt primare, cum susține M. Klein, sau corespund unor experiențe defavorabile excesive (frustrare, carență afectivă, haos matern)? Un lucru este sigur: oricare ar fi condițiile de creștere a unui copil, oricât de bune ar fi ele, nu există un copil fără fantezii agresive („ești mort, te-am omorât”, jocuri cu temă de accident, de-a doctorul, de-a războiul). În schimb, se remarcă frecvent o opoziție între fanteziile agresive și fantasmele agresive și distructive: atunci când aceste fantasme sunt prea invazive, copilul nu poate exprima fantezii agresive și prezintă frecvent un aspect inhibat și îngoșat alternând eventual cu conduite intempestive de trecere la act. Invers, copilul care prezintă o organizare ludică și o reverie fantasmatică în care apar cu ușurință numeroase fantezii agresive, nu lasă să fie percepute în straturile cele mai profunde ale psihismului său fantasmele distructive deosebit de intense. Astfel se opun fantasmele agresive și fanteziile agresive; regăsim aici opoziția proces primar/proces secundar, fantasmele agresive aparținând domeniului celui mai arhaic pe care copilul nu îl poate elabora, pe când cele din urmă sunt integrate în personalitatea și în Eul său. Jocurile participă la această integrare în manieră privilegiată și reprezintă aria intermediară în care copilul își poate experimenta fanteziile agresive fără a fi nici distructiv pentru ceilalți, nici distrus de către aceștia (vezi infra, Psihopatologia jocului). Tot în acest registru pot fi evocate temele principale din visele copilului, al căror conținut este direct agresiv, cu o confuzie frecventă agresor/agresat. Aceste vise reprezintă intermediarul între fantezia diurnă și fantasma distructivă primară. Ele constituie indirect o ilustrare a locului preponderent ocupat de problematica agresivității în cadrul procesului de elaborare psihică, fără ca noi să putem decide aici dacă această fantasmatică agresivă este o dovadă directă a unei „pulsii de moarte” inițiale.

1.4. — NOTIUNEA DE MOARTE LA COPIL

La copil, noțiunea de moarte înglobează în manieră indisolubilă o dimensiune sociologică, precum și un punct de vedere genetic privind copilul însuși.

În plan sociologic, raportul copilului cu moartea trebuie înfățișat în conformitate cu două axe: moartea copilului, pe de-o parte, și maniera în care moartea este prezentată copilului, pe de altă parte. Dacă adultul se înconjoară cu multiple defense în fața morții, ce se poate spune despre atitudinea sa în fața dispariției unui copil? Mitul totalei inocențe a copilului face ca moartea să fie total inacceptabilă. Cu atât mai mult dacă moartea a refulat în mod deosebit în fața progresului medical, ca în cazul copilului mic. Moartea copilului apare în

continuare ca un eșec asupra căruia se păstrează tăcerea. În zilele noastre, copiii sunt pe cât posibil îndepărtați de doliu. Altădată, moartea — „marea ceremonie *cvasi-publică pe care defunctul o prezida*” (Ph. Ariès) — vedea reunindu-se în jurul său întregul grup social. În prezent, această moarte se îndepărtează din ce în ce mai mult, iar copilul este aproape complet îndepărtat. Chiar și la școală se remarcă acest fenomen: lectura manualelor școlare este elocventă în acest sens. În manualele de la începutul acestui secol²⁶, moartea, fie că era vorba despre oameni sau despre animale, intervenea practic pe fiecare pagină a cărților de citire. Astăzi, manualele școlare sunt complet aseptizate, moartea nu mai intervine decât în manieră foarte anecdotică și distanțată. Copiii de astăzi nu mai văd moartea decât prin intermediul ecranului de televizor. Dar acolo, în western-uri, în scenele polițiste, ca și în cursul jurnalelor pe care le primim în timp ce mâncăm, moartea a devenit un spectacol, fapt ce liniștește deosebite a devenit ficțiune: morții sunt alții. Astfel a apărut o dublă mișcare: pe de-o parte, copilul este din ce în ce mai puțin confruntat cu moartea reală, iar pe de altă parte, i se prezintă din ce în ce mai mult o moarte fictivă din care se poate renaște neîncetat. Cum poate copilul, în acest context, să dobândească sensul și noțiunea de moarte? Este întreaga problemă a evoluției conceptului de moarte la copil.

Evoluția acestui concept se va organiza în jurul a două puncte esențiale: pe de-o parte, modul în care este percepută absența, iar pe de altă parte cum este integrată permanența absenței? În această perspectivă, moartea este concepută ca un termen definitiv al vieții. Ea subîntinde trăirea de aneantizare de sine sau de altul, integrarea reacțiilor la pierdere și la separare. Problema, pentru copil, este de a ști cum poate accede la o cunoaștere și o conștiință a ceea ce este imperceptibil, la limită de neconceput, adică să introduci la locul său o reprezentare și apoi un concept de „a nu fi”. Autorii care au încercat să abordeze această problemă la copil disting diverse stadii în achiziția acestui sens al morții. Trecând peste divergențe, putem totuși rezuma lucrările lor prin reperarea a patru faze:

— prima ar fi aceea a unei neînțelegeri totale și a unei complete indiferențe. Ea s-ar prelungi până la vârsta de 2 ani. Singurele reacții ar fi acelea care survin după o absență sau după o separare. Aceste reacții durează puțin, cu excepția cazului unui traumatism sau a unor separări repetate. Nu ar exista o reprezentare conștientă obiectivabilă;

— a doua fază remarcată ar corespunde unei percepții mitice a morții: aceasta fiind interpretată ca fiind inversă realului. Ea devine pură încetare și dispariție. Această moarte este de altfel provizorie, temporară și reversibilă, în același timp fiind recunoscută și mai mult sau mai puțin negată în ceea ce privește consecințele.

²⁶ Această carte a apărut în 1982 și a fost reeditată în 1999. (n. t.)

Această etapă s-ar prelunge până la 4-6 ani. Cele două stări: viața-moartea nu se opun, nu sunt contradictorii. Sunt două stări diferite dar nu sunt nici amenințătoare, nici opuse, fiecare fiind reversibilă;

— din această fază, evoluția ar fi orientată către o fază concretă ce se prelungește până la vârsta de 9 ani. Este faza realismului infantil, a personificării. Ea corespunde de altfel stăpânirii permanenței obiectului și se traduce prin reprezentări concrete: cadavru, cimitir, schelet, momânt. Persoana moare, dar la început rămâne reprezentabilă în timp și spațiu: pur și simplu, ea nu poate nici să se miște, nici să vorbească, nici să respire; este absentă, plecată, bolnavă, pietrificată într-un alt mod de a trăi. Totuși, între 4 și 9 ani vor interveni trei modificări ale acestei noțiuni de moarte ce permit divizarea acestei faze în două sub-perioade. Mai întâi trecerea de la o raportare individuală — moartea mea, moartea altei persoane — la o raportare universală (toți oamenii sunt muritori, mai întâi bătrâni); apoi trecerea de la temporar și reversibil la ireversibil și definitiv: este problema acceptării realiste a destinului uman fără vreo emoție particulară, dar în același timp însoțită de teama eventuală de moartea obiectului iubit și nu doar de simpla sa absență. În final survine modificarea sensului moral atașat morții. De la o moarte înfățișată ca o pedeapsă sau răzbunare, aceasta devine un proces natural, element al unui ciclu biologic;

— astfel copilul intră în a patra fază, rezumată între 9 și 11 ani, aceea a angoasei existențiale care presupune accesul la simbolizarea morții și stăpânirea acestui concept, dar și teama față de pierderea reală și de problema propriului destin. Ne îndepărtăm aici de problematica copilăriei propriu-zise pentru a ne apropia de problematica adolescenței, cu reactivarea angoaselor anterioare și introducerea gândirii adulte asupra morții, corolarele sale filosofice, metafizice, religioase, psihosociologice și etice.

Totodată, nu trebuie să reducem noțiunea de moarte și trăirea acestei morți doar la aspectul său cognitiv. Intervin și alți factori în afara factorilor sociologici deja menționați: maniera în care cei apropiați vorbesc copilului despre moarte, experiența personală pe care o poate avea prin intermediul morții unei rude sau al unei maladii grave (v. cap. 25, 1.3.) etc. În fine, în plan imaginar, copilul utilizează multiple reprezentări intermediare în încercarea de a figura moartea și consecințele sale. P. Ferrari evocă rolul fantomei „unde se simulează că «murise deja» sau «era încă viu»... și care ar fi un fel de obiect tranzițional legat de moarte, utilizat de copil în relația sa cu moartea”. De asemenea, fascinația copilului pentru scheletul uman „ar constitui o încercare de a stăpâni oroaarea pe care o inspiră cadavru... o încercare de a opri descompunerea”. Se știe că de frecvente sunt la copil evocările fantomelor sau scheletelor: chiar dacă societatea face totul astfel încât copilul să fie cât mai puțin confruntat cu moartea, fantasmatica acestuia păstrează morții și reprezentărilor legate de aceasta un loc central.

2. — CLINICA CONDUITEI HETEROAGRESIVE

De la cea mai fragedă vârstă, copilul știe să își manifeste neplăcerea înaintea mâinii: practic există un continuum între reacțiile la absență și la frustrare (care ar putea fi înțelese în termeni de etologie ca niște împietări asupra „teritoriului” bebelușului) și manifestarea de revendicare mai mult sau mai puțin agresivă față de anturaj: a cere, a reclama, a solicita imperios implică un minim de agresivitate. Primele conduite direct agresive survin la sfârșitul celui de-al doilea an și în cursul celui de-al treilea. Înainte, copilul poate prezenta reacții de furie cu agitație violentă, tropăieli, țipete atunci când nu obține ceea ce așteaptă. Către 2-3 ani, copilul adoptă frecvent un comportament opozant, coleros. În același timp, atacă, zgărie, trage de păr, mușcă alți copii de aceeași vârstă (copiii mușcăcioși) în parc sau la grădina de nisip, uneori și în familie. Apoi aceste reacții se estompează: către 4 ani, copilul își exprimă agresivitatea verbal, dar nu o mai face prin gesturi. Fanteziile agresive sunt adesea bogate și numeroase, așa cum dovedesc jocurile și apar în același timp și visele de angoasă și de agresiune. Există totuși o mare diferență în funcție de sexe: băieții adoptă mai frecvent atitudini agresive decât fetele. Totodată, o violență a *minima* persistă adesea: o dovedesc numeroasele agresiuni asupra animalelor (muște cărora li se smulg aripile, trasul cu pietre în păr) sau între copii (*Războiul cu nasturi*).

2.1. — HETERO-AGRESIVITATEA EXCESIVĂ

Dacă în majoritatea cazurilor conduitele direct agresive dispar, unii copii continuă să fie violenți, își lovesc colegii, sau chiar adulții sau părinții, strică obiectele altora sau pe ale lor. La maxim se regăsește tabloul „*tiranului familiei*”, copil uneori foarte mic, care prin comportament comandă întregii familii: aceștia sunt copiii prezentați ca impulsivi care, la cea mai mărunțică contrariere, intră în crize colerice violente sau au chiar veritabile reacții de furie. Ei au tendința să îi utilizeze pe ceilalți și în special pe părinți, ca pe simple instrumente puse la dispoziția lor: nu tolerează nici o întârziere în satisfacerea cererii lor. Uneori această atitudine este selectivă, neproducându-se decât în prezența anumitor persoane: unul sau altul dintre părinți, bunicii. Factorul educativ joacă în aceste cazuri un rol preponderent: adultul „victimă” se dovedește în general slab, incapabil să pună o limită copilului, sau în cel mai rău caz un adevărat complice, făcându-i plăcere să se lase martirizat de acesta. Acest tablou este frecvent în relația copil-bunici sau copil-părinți atunci când copilul este dus la grădiniță

sau lăsat în grija unei doici (adultul renunță la rolul său de educator și își ușurează culpabilitatea evitând să cauzeze frustrarea copilului său).

Mai grav este comportamentul non-selectiv al copilului care, în fața oricărei frustrări, reacționează violent, realizând la maxim un tablou de intoleranță la frustrare.

Această intoleranță la frustrare, banală și normală la 2-3 ani, dobândește la unii proporții îngrijorătoare în faza de latență și la preadolescență: mobilier stricat, amenințare permanentă de trecere la act, violență față de frați, fugă etc. Acest comportament survine în familii în care înțelegerea dintre părinți este mediocră sau artificială, autoritatea parentală și în special paternă este frecvent subminată (în special de către mamă) și în care modalitățile de interacțiune s-au organizat precoce în jurul șantajului („dacă faci asta, vei primi cutare”, din partea părintelui, la care copilul răspunde prin „dacă îmi dai asta, am să fac cutare”).

Acest tip de comportament constituie în mod obișnuit premisa unei viitoare organizări psihopate (v. Cuvânt înainte: Compendiu de psihopatologia adolescentului). Cu atât mai mult cu cât această intoleranță la frustrare depășește cadrul familial strict și se extinde la relațiile socializate ale copilului (colegi, învățător, educator...).

La un grad mai ridicat, reacția de intoleranță la frustrare poate să apară pentru motivele cele mai neînsemnate, chiar în afara oricărei relații cu o persoană (dispariția unei jucării, schimbare în decorul obișnuit...) și provoacă o dezorganizare completă a comportamentului copilului. Secvența mânie — agitație — lovitură cu piciorul sau cu pumnul în toate direcțiile — autoagresiune finală, arată importanța pulsionii agresive și distincția mediocră între sine și lumea externă. Aceste intoleranțe grave la frustrare reprezintă unul dintre principalele semne clinice ale psihozelor precoce (v. *Autoagresivitate*).

2.2. — CONDUITE VIOLENTE MARCATE

Dacă violența preadolescentului (între 10-13 ani) nu face parte încă din decorul cotidian, ea va fi în viitor recunoscută.

Distingem mai întâi violența materială: distrugerea de obiecte, a sălii de cursuri, devastarea unor diverse localuri. Aceste conduite violente sunt proprii bandelor de adolescenți și apar cel mai adesea în condiții socio-economice defavorabile (grupuri mari, structuri familiale dezintegrate). Ele sunt în general impulsive, nepremeditate și debutează printr-un fel de joc unde consecințele actelor violente nu sunt net întrevăzute: putem vedea aici devierea urbană a unei violențe care altădată era mai difuză și mai bine tolerată în mediul rural

(vânătoarea de diverse animale, certuri între bande). În alte cazuri, pare să fie vorba despre o violență deja organizată, cu o conotație antisocială clară: furt cu amenințare, extorcare etc. Riscul pentru această categorie de vârstă este acela de a intra prematur într-un circuit al „predelincvenței”, cu mecanismele sale de excludere și de întărire a unor conduite mai patologice.

2.3. — CONDUITE DE OMOR

Presa a devenit în mod regulat ecou al actelor de omor ale copiilor mici (asasinarea unui vagabond, uciderea unui copil la colegiu). Vom adăuga aici cazurile rare de copii paricizi — impulsivitate, imaturitate afectivă, carența contextului familial se regăsesc în toate cazurile observate. Integrarea permanenței obiectului nu este întotdeauna stabilită: a muri sau a ucide având mai mult semnificația de a se „debarasa” decât de a „dispărea definitiv” (Ochonsky). Aceste elemente evocă organizări prepsihotice.

2.4. — INHIBIȚIA GRAVĂ A AGRESIVITĂȚII: MASOCHISMUL

Nu vom aborda aici inhibiția intelectuală și nici inhibiția cu trăsături nevrotice (v. cap. 17, 2.4.). Ne vom centra asupra unor trăsături clinice particulare: astfel, anumiți copii se caracterizează printr-o evitare accentuată a oricărei conduite sau situații agresive care depășește cu mult simpla „frică de lovituri” sau de pedeapsă. Nu este rar ca acești copii să fie aparent prea cuminți, cu o alură supusă. Nu protestează, nu sunt mândrișii niciodată, nu exprimă sentimente de rivalitate în raport cu frații. La alții, aceste conduite alternează subit „invers” când copilul se simte victimă a altora, persecutat, obiect de batjocură sau amenințări.

Există toate gradele de patologie, de la inhibiția ușoară până la incapacitatea totală de a se apăra. În acest din urmă caz, investigația psihopatologică relevă frecvent o viață fantasmatică bogată, dominată de intense fantasme de distrugere. Copilul își trăiește atunci fantasmele ca pe niște amenințări reale ce vin din exterior sau se teme că posedă în interiorul său o distructivitate fără limite. Această confuzie între fantasmă și realitate caracterizează în general structurile mentale preoedipiene care s-au organizat în jurul unei poziții schizoparanoide (M. Klein).

În cazurile extreme observăm acei copii care par să caute cu aviditate să fie obiect de persecuție: excludere, batjocură, pierderea repetată a obiectelor personale, sau chiar veritabile agresiuni (Victime eterne). Într-un anumit număr de cazuri, este vorba despre un proces clasic de erotizare masochistă a suferinței,

dar, pentru majoritatea, această dimensiune nevrotică pare foarte secundară. Persecuția devine un fel de modalitate de bază de comunicare: fiecare nouă agresiune nu face decât să confirme fantasmele de persecuție subiacente. Aceste „poziții masochiste primare” reprezintă intermediarul pentru conduitele direct autoagresive și se observă în organizările psihice sau prepsihotice.

3. — CLINICA CONDUITEI AUTOAGRESIVE

3.1. — AUTOMUTILĂRILE

În automutilări există un dublu continuum atât genetic cât și structural: continuum genetic în sensul că, conduita de automutilare în sensul cel mai larg apare foarte timpuriu, la o vârstă la care putem considera că bebelușul nu distinge încă foarte bine corpul său și exteriorul: își zgârie propria față, își mușcă degetele uneori până la sânge, se lovește ritmic cu capul sau cu o parte a corpului de pământ sau de marginea patului, toate acestea sunt conduite care nu sunt excepționale între 6-8 luni și 2 ani. Ele dispar în mod obișnuit pentru a lăsa locul conduitei hetero-agresive deja descrise. De asemenea, continuum structural în sensul că, de la conduita automutilantă cea mai banală și mai răspândită cum este onicofagia (v. cap. 5, 7.) sau dezlipirea crustelor plăgilor, până la automutilări grave, se pot observa toate situațiile intermediare. Le vom evoca aici pe cele mai tipice.

Automutilările fixate din cazurile de encefalopatie gravă sau de psihoză precoce

Conduitele automutilante în tablourile encefalopatiilor foarte grave (fie că sunt organice sau psihogenice) sunt foarte frecvente și vădesc dezorganizarea limitelor corpului. Dat fiind aspectul profund regresat și în mod obișnuit mut al acestor copii, semnificația automutilării face obiectul unor numeroase discuții: absența percepției durerii, patologia central encefalică particulară, neperceperea propriului corp, autostimularea etc., sunt motive invocate rând pe rând. În majoritatea cazurilor, conduita automutilantă nu poate fi legată de o etiologie precisă.

Vom semnală totodată două excepții marcate de o conduita automutilantă foarte stereotipă corelate unui diagnostic etiologic precis: smulgerea părului, observată în boala Menkes, roderea degetelor care poate atinge autodevorarea

în boala Lesch-Nyhan. Dacă aceste boli sunt în mod sigur rare, ele prezintă totuși un interes incontestabil pentru studiul genetic al trăsăturilor de comportament izolate.

În plan semiologic, conduitele automutilante privesc mai întâi capul (izbit de sol, de calorifere), apoi gura (mușcarea buzelor, a limbii, a obrazilor sau a degetelor sau a pumnilor), apoi mâna (lovituri ale ochilor, ale pieptului) etc. Fiecare copil adoptă cel mai adesea o conduita automutilantă precisă.

În plan dinamic, aceste conduite automutilante par să răspundă unui anumit grad de motivație. Astfel pentru Duché, Braconnier & col., acestea se observă:

- ca răspuns la o frustrare;
- ca un semn de chemare sau de solicitare a ajutorului (conduita automutilantă este atunci adesea mai puțin violentă și distructivă);
- ca redirecționare asupra propriei persoane după o interacțiune agresivă venind din partea ajutorului (îmbrâncire spre exemplu);
- în fine, ca un comportament autostimulant în context solitar, intensitatea loviturilor fiind slabă.

În realitate, se poate spune că în cazurile 1 și 3 distructivitatea conduitei automutilante este mare, în vreme ce în cazul 2 această conduita are mai degrabă valoare de comunicare, iar în cazul 4 ea reprezintă un fel de persistență a conduitei automutilante banale ale bebelușului.

În plan etiologic, în afara etiologiilor foarte precise citate mai sus, aceste conduite automutilante se observă în encefalopatiile grave și în psihozele precoce fără limbaj. De asemenea, se observă în stările de abandon sau de mare carență afectivă.

Automutilările impulsive

Automutilările care se observă în cursul unei crize de mare agitație, secundară unei frustrări, și care traduc o profundă intoleranță la frustrare, sunt diferite de cele precedente. La anumiți copii, în timp ce manifestă o stare de mânie intensă, de agitație și hetero-agresivitate, se remarcă uneori veritabile conduite automutilante: aceștia se lasă să cadă brutal pe sol, se aruncă sau încearcă să se arunce pe scări, își aplică în mod impulsiv o serie de lovituri... Periculozitatea acestor conduite poate fi mare; la limită cu tentativele de suicid, este imprecisă (caz de flebotomie impulsivă cu ciobul din sticla spartă).

Aceste automutilări impulsive se observă la copiii mai puțin perturbați decât cei de mai sus, în special la adolescenții sau preadolescenții ale căror conduite psihopatice maschează un nucleu psihotic subiacent.

3.2. — TENTATIVELE DE SUICID (TS) ALE COPILULUI

De obicei confundate cu TS ale adolescentului*, TS ale copilului sunt rare, într-adevăr, dar nu excepționale, dat fiind că 10% din TS ale copiilor și adolescenților se regăsesc la copiii sub 12 ani. Cu cât copilul este mai mic, cu atât problema intenționalității conduitei suicidare este o întrebare care se impune. Trimitem cititorul la paragraful introductiv (1.4.), în care acest aspect este studiat în același timp cu cel al evoluției genetice a noțiunii de moarte la copil.

În plan epidemiologic. — În anumite studii, există o relativă egalitatea a sexelor, cu o ușoară predominanță a băieților în rândul copiilor mai mici. Referitor la metodă, cu cât copilul este mai mic, cu atât mijlocul utilizat este mai brutal, mai violent și mai traumatic: strangulare, spânzurare, precipitare în fața unei mașini, înec sunt singurele mijloace utilizate de către copiii cei mai mici. Intoxicarea medicamentoasă apare la copilul mare (8-10 ani), utilizând medicamentele consumate de către părinți.

Contextul familial. — Este întotdeauna dificil: antecedente de ruptură (între părinți, între membrii familiei extinse), de deces și de doliu neefectuat, violențe fizice, probleme cronice de sănătate. Situația socio-economică este adesea degradată (marginalizare, șomaj), problemele sociale și judiciare sunt frecvente. Se regăsesc frecvent antecedente psihiatrice, în special existența de tentative de suicid la care unorii copii au fost spectatori sau despre care a auzit vorbindu-se. Copilul însuși a făcut adesea obiectul unui plasament sau al unei acțiuni de protecție judiciară.

Semnificația tentativei de suicid. — Cu cât copilul este mai mic, cu atât dorința măturată de a muri pare mai mascată, fiind enunțată uneori ca o dorință de „a-și face rău“, „a pleca“, „a înceta să mai fie obosit“. Totuși, unele idei de moarte sunt adesea spuse de către copil, cu condiția să perceapă în interlocutor o persoană de încredere. Dacă putem regăsi, ca și la alte vârste, dorința de a fugi de o situație neplăcută sau încercarea de a dramatiza și a lansa un apel în fața unui conflict sau a unei frustrări, unele motivații aparente par să fie mai tipice pentru copil. Astfel, unii copii exprimă o oboseală, o epuizare intensă și teama de a nu mai putea face față. Această configurație se observă în special atunci când unul sau ambii părinți se arată vulnerabili (maladie, șomaj, sărăcie și excludere/marginalizare) sau slabi (conflict parental major, dispariție de la domiciliu...). Mult timp, copilul a suplinat slăbiciunea adulților printr-un comportament hiperactiv și un rol de parentalizare. Uneori, tocmai în momentul

* NU sunt toate tratate aici (v. introduce).

în care dificultățile familiale par să se atenueze, copilul trece la act. Alte cazuri corespund unei trăiri de rușine atunci când copilul este supus unui abuz sexual sau a fost confruntat cu ceva ce nu poate fi măturat (Racine, 1997), în special când un copil este folosit de unul dintre părinți împotriva celuilalt. Uneori gestul suicidar corespunde unei dorințe de pedeapsă, eventual anunțat printr-o scrisoare adresată părinților, în care explică gestul și în același timp își cere scuze pentru greșeala comisă: o notă proastă la școală, o prostioară comisă înainte... Astfel de situații se observă în familiile cu un profil ușor diferit, în care domină adesea o strictețe (rigiditate?) morală extremă cu exigențe mari sau grandioase.

În plan psihopatologic. — Raporturile între depresie-tentativă de suicid, pe de-o parte, între tentativa de suicid și diferențierea interpersonală, pe de altă parte, domină înțelegerea.

Tentativa de suicid și depresia la copil: dacă este abuziv să considerăm că orice tentativă de suicid corespunde unei stări depresive, trebuie totuși să constatăm că o dată cu o mai bună definire a simptomelor și criteriilor pentru depresie la copil (v. cap. 18, 2.), aceasta apare frecvent: sentimentul de coplesire și fatigabilitate, sentimentul de a nu fi la înălțimea a ceea ce au cerut părinții, pierderea stimei de sine, sentimentul de a fi greșit și culpabilitatea, sentimentul de rușine se întâlnesc frecvent. Starea depresivă poate să se integreze: 1) fie într-o organizare de tip nevrotic, marcată de o severitate excesivă a Supraeului și un sentiment de devalorizare adesea în oglinda imaginilor parentale (și a părinților reali) resimțită ca intranșigiență; 2) fie în cadrul unei organizări de limită, marcată de amenințarea unei prăbușiri la copiii care până atunci au susținut un narcisism parental precar.

Tentativa de suicid și confuzia sine – non-sine: mai rar, cu atât mai mult cu cât copilul este mai mic, confuzia între limitele sine-altul, întoarcerea masivă și brutală spre sine a unei agresivități ce nu poate fi exprimată sau îndreptată asupra figurii părinților pare să predomină. Impulsivitatea, intoleranța la frustrare, tulburările de comportament, diverse manifestări simptomatice care evocă structuri limită, prepsihotice sau dizarmonice (v. cap. 20).

Diagnostic și tratament. — Chiar dacă este rară, eventualitatea unei tentative de suicid trebuie avută în vedere la un copil care dă explicații confuze, în fața unui gest care survine într-un context sugestiv, în fața unor semne fizice sau a unor rezultate complementare (prezența de toxice în urină) sugestive. Este important ca în această situație copilul să fie protejat, adesea izolându-l de mediul familial (spitalizare) și să i se ofere posibilitatea de a fi ascultat cu empatie. Cu cât copilul este mai mic, cu cât situația familială este mai conflictuală și mai confuză, cu atât mai puțin va răspunde deschis copilul la întrebările

precise care i se pun. Întrevederea trebuie să se poată derula într-un climat de încredere și prudență, să fie cât mai apropiată de istorisirea copilului (preluând teme din desene, din vise, din coșmaruri...) și eventual repetând pentru a-i câștiga puțin câte puțin încrederea.

Anunțarea părinților asupra gestului nu are sens decât dacă aceștia sunt capabili de o mișcare de empatie și de înțelegere față de copilul lor. Dacă părinții se arată prea vulnerabili, prea imaturi și incompetenți, sau chiar capabili de reacții agresive sau culpabilizante, este preferabil uneori să fie trecut sub tăcere semnificația gestului aflat la originea spitalizării.

O continuare psihoterapeutică este adesea indispensabilă. Amenajări ale vieții (măsuri de justiție, plasament în Adăpost Familial Terapeutic, mai rar internat sau cămin terapeutic pentru cei mai mari) devin necesare atunci când mediul familial este foarte perturbat.

3.3. — CONDUITE PRIMEJDIOASE ȘI ECHIVALENȚI SUICIDARI

O serie de autori (Duché, Riquet, Gessel, Bakwin...) au stabilit un paralelism între conduitele suicidare manifeste și propensiunea la accidente la anumiți copii. Există de fapt un continuum între accident, suicid-accident, suicid-joc și suicid cu dorința de moarte constant exprimată înainte de TS.

Asfel, anumiți copii adoptă conduite de „sfidare” proprii să le pună viața în primejdie (mersul pe marginea prăpastiei, traversarea străzii cu ochii închiși...), această noțiune de risc fiind mai mult sau mai puțin conștientă. La alții, istoria clinică este presărată cu o impresionantă serie de accidente (fracturi repetate, mușcături de animale, diverse arsuri, accidente domestice frecvente). Cele câteva studii asupra acestor copii sau a familiilor lor pun în evidență o serie de trăsături comune incontestabile cu cazurile de TS. Acest fapt trebuie să incite nu numai pedopsihiatru, ci și pediaterul sau medicul generalist, să ia în considerare aceste accidente repetitive, nu ca pe un rezultat al fatalității, ci ca o dovadă concretă a unui context psihopatologic deosebit.

BIBLIOGRAFIE

- DUCHE D.J.: Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent. *Psychiat. Enf.*, 1964, 7 (1), 1-114.
- DUCHE D.J., BRACONNIER A., KHEMICI M.: Etude des comportements automutilateurs chez des enfants encéphalopathes sans langage. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1979, 27 (12), 521-527.

- ENFANTS ET VIOLENCE: Les 10-13 ans, âge invisible. *Autrement*, 22, 1979.
- FERRARI P.: L'enfant et la mort. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1979, 27, 4-5 177-186.
- FLAVIGNY Ch.: Les gestes suicidaires de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1982, 30, 10-11, 537-562.
- GOURDON-HANUS D., HANUS M., JASSAUD R.: Le deuil chez l'enfant. *Psychiat. Enf.*, 1980, 23 (1), 319-340.
- KARLI P.: Les conduites agressives. *Recherche*, 1971, 18, 2, 1013-1021.
- KARLI P.: Neurobiologie des comportements d'agression. PUF, Paris, 1982, coll. Nodule, 1 vol.
- LORENTZ K.: *L'agression*. Flammarion, Paris, 1969.
- MALE P.: Le suicide chez l'enfant et l'adolescent. *Rev. prat.*, 1971, 21, 32, 4827-4840.
- MARCELLI D.: Les tentatives de suicide de l'enfant: aspect statistique et épidémiologique général. *Acta paedopsychiat.*, 1978, 43, 213-221.
- MONTAGNER M.: *L'enfant et la communication*. Stock, Paris, 1978.
- NUMERO SPECIAL: L'enfant et la mort. Articles de Ferrari, Dugas, Ebinger, Kohler etc. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1979, 27, 4-5 177-233.
- POUSSIN G.: Les conduites automutilatrices. *Psychiat. Enf.*, 1978, 21(1), 67-131.
- RUCINE M.O.: Accueil et caractéristiques psychologiques des tentatives de suicide en pédiatrie: à propos de 72 observations. *Neuropsychiat. Enf. et Adolesc.*, 1997, 45, 9, 468-475.
- WIDLÖCHER D.: Le rôle des fantasmes d'agression dans la dynamique de l'agressivité. In: *Les troubles du caractère, 2-e Congrès européen de pédopsychiatrie*, 1963, vol. 2, 1193-1198.

13 PSIHOPATOLOGIA DIFERENTELOR DINTRE SEXE ȘI A CONDUITELOR SEXUALE

1. — MITURI, DIFERENȚA DINTRE SEXE ȘI SEXUALITATE

Dacă există probleme în care mitul și realitatea se întrepătrund, cu siguranță problema diferenței dintre sexe este una dintre acestea. Mitul unei individualități complete și autonome, al unui hermafroditism fericit și satisfăcut, al unui narcisism absolut, al unei completitudini gemelare nirvanice, țese până de fond a problemei diferenței dintre sexe, fie că este vorba despre mitul originar (Adam) sau despre o dorință ulterioară (romantismul german). A studia sexualitatea copilului, a cărei imaturitate genitală reprezintă totmai prin durată sa o caracteristică a speciei umane, nu înseamnă să eludăm această dimensiune a mitului asupra căreia vom reveni.

Întreaga problematică a narcisismului, obiect al celor mai recente preocupări și cercetări, subîntinde în egală măsură această problemă. Posibilei bisexualități originare, problemei constituirii identității sexuale a individului, locului primordial deținut de corpul social în funcțiile clasice atribuite fiecărui sex, îi corespund adesea ca un ecou „studiile științifice“, experiențele fiziologice experimentale și studiile analogice ale comportamentului animal, al căror rol pare să fie mai degrabă acela de a asigura convingerea celui care scrie decât lămurirea cititorului.

Vom încerca în acest capitol mult prea scurt să trasăm principalele jaloane ce marchează calea diferenței sexuale, a percepției acestei diferențe de către copil și a emergenței sexualității care trebuie să se degajeze progresiv din genitalitate. De fapt, probabil că dacă nu ar fi existat perioada de latență în copilărie, nu ar fi existat sexualitate, ci numai o funcție de reproducere, așa cum se observă la marea majoritate a speciilor animale. Unul dintre marile merite ale lui Freud este acela că a putut vorbi despre sexualitatea băiețelului fără rușine sau agresivitate,

fără refulare: se spune adesea că Freud a „descoperit“ sexualitatea infantilă așa cum Cristofor Columb a descoperit America. Cu mult înaintea lui Freud, numeroase articole medicale menite să arate primejdiile practicilor sexuale infantile, aparatele ingenioase făcute să interzică orice „atingere“ a organelor genitale de către copil dovedeau bine faptul că sexualitatea copilului era bine cunoscută dar reprimată, cel puțin în vremea tulbură puritană a celor două secole precedente (secolul XVIII și XIX).

Meritul lui Freud este acela de a fi descoperit această sexualitate infantilă, dar în sensul de a ridica vălul ce o ținea ascunsă. Totodată, această sexualitate descoperită, dezgolită, a făcut ca pentru un timp să fie uitat rolul fazei de latență, rol ce rămâne la fel de misterios în ochii fiziologilor, ca și în aceia ai psihologilor sau psihanalizatorilor.

Astfel, pe măsură ce *infans* se constituie ca individ, trebuie nu numai să recunoască un sex și să renunțe la altul, ci și să accepte că nu va găsi pentru multă vreme un obiect veritabil de satisfacere sexuală; poate că această lungă perioadă, numită de latență, are totmai rolul de a permite acestui *infans* o întreagă gamă de experiențe, încercări și erori, prin definiție niciodată satisfăcătoare (orgasmul este pentru mai târziu), dar care lasă deschis câmpul descoperirii. Anumiți cercetători văd în asta sursa succesului uman.

Nu vom relua aici studiul dezvoltării libidinale prezentat deja în altă parte (v. cap. 1, 4), întrucât ne vom centra mai în detaliu asupra evoluției sexualității și a avatarurilor sale fiziologice și psihologice.

2. — BAZELE FIZIOLOGICE ȘI FIZIOPATOLOGICE ALE DIFERENȚIERII SEXUALE

Vom reaminti că trebuie diferențiate **sexul genetic** (cromozomii 46 XY și 46 XX), **sexul gonadic** (structura gonadelor masculine și feminine), **sexul corporal** (caracterile sexuale primare: organele genitale interne și externe, caracterile sexuale secundare: pilozitate, săni, morfologie etc.), **sexul stării civile** și, în fine, **sexul „trăit“**. Acest „sex trăit“ face trimitere la noțiunea de identitate sexuală în care se recunoaște individul. În opinia lui Stoller, această identitate sexuală include două componente: *identitatea de gen*, adică rolul social al unuiu sau altuia dintre sexe, și *identitatea de sex*. Stoller distinge astfel două noțiuni: „*genul*“, care este un concept psihologic și sociologic, și „*sexul*“, care este un concept biologic.

Nu există două linii sexuale total diferite, una masculină și alta feminină, încă de la conceperea oului ci, dimpotrivă, este o interacțiune constantă, care ia adesea alura unei reprimări fiziologice a uneia sau alteia dintre linii. Disensiunile frecvente dintre aceste două linii sunt ilustrate în fiecare etapă de anumite tipuri de anomalii.

Cercetările cele mai recente tind să arate că ar exista un fel de „sex neutru”, pornind de la care s-ar face dezvoltarea: această stare este mai aproape de sexul feminin care ar reprezenta într-un fel primul sex (în plan biologic, se observă aici exact o situație inversă față de mitul lui Adam, din care ar fi ieșit Eva). Rolul lui Y este în mod primitiv acela de a induce secreția de testosteron care antrenează secundar masculinizarea tractului urogenital. În absența lui Y, sau în absența testosteronului, dezvoltarea se face către o morfologie feminină care ar reprezenta evoluția „pasivă spontană”. Biologii continuă însă să se întrebe care este rolul celui de-al doilea X al sexului genetic feminin 46 XX.

2.1. — SEXUL CROMOZOMIAL

46 XY la bărbat.

46 XX la femeie.

Prezența unui al doilea X determină prezența „corpusculului lui Barr” sau cromatina sexuală (deci lipsește această cromatină sexuală la cei cu 46 XY și la cei cu 45 XO).

Anomalii

— 45 XO: *sindromul Turner*, marcat de o morfologie feminină cu o anumită malformație (pterigium Coli) și o debilitate de profunzime variabilă;

— 47 XXY: *sindromul Klinefelter*, cu un morfotip masculin de aspect longilin. Debilitatea este frecventă.

În fine, vom semnală problema mozaicurilor cromozomiale, care se caracterizează printr-un echipament genetic variabil de la o celulă gonadică la alta, realizând în situații extreme tabloul de hermafroditism adevărat cu un ovotestis unit sau bilateral. În planul organelor genitale externe, se pot observa toate tipurile de ambiguitate.

2.2. — SEXUL GONADIC ȘI SECREȚIA HORMONALĂ

În mod normal, sexul cromozomial orientează evoluția gonadei încă din a șasea sau a șaptea săptămână de viață embrionară. După cum am văzut, secreția

de testosteron masculinizează tractul urogenital. După o diminuare relativă a nivelului hormonilor sexuali aflați în circulație la fătus, se observă o creștere bruscă a acestui nivel în perioada neonatală, în special la băiat. Aceste niveluri foarte ridicate se mențin 3 până la 7 luni la băiat, pentru a reveni apoi la niveluri scăzute, caracteristice copilăriei. Acest vârf de secreție de hormoni masculini la băiatul nou-născut explică existența erecțiilor la această vârstă; el ar fi responsabil în parte de orientarea psihosexuală a sistemului nervos central. La fetița nou-născută, creșterea nivelurilor de hormoni sexuali este mai puțin importantă și se stinge mult mai rapid. Aceste niveluri ridicate de hormoni sexuali la naștere ar corespunde unei faze de receptivitate particulară și tranzitorie a axului hipotalamo-hipofizar. Sensibilitatea particulară a SNC al băiatului nou-născut pare să fie demonstrată la anumite specii animale: secreția hormonală masculină intensă ar marca un fel de anprerentă incontestabilă „masculinizantă” a creierului, ce inhibă centrul de activitate ciclică hipotalamo-hipofizar caracteristic funcționării femelelor.

După o lungă perioadă de tăcere, proprie speciei umane, secrețiile hormonale se reiau la pubertate, care survine între 10 și 17 ani la fată și între 11 și 18 ani la băiat (limite fiziologice extreme).

Anomaliile funcționale. — Menționăm mai întâi existența pubertății precoce (înainte de 9 ani la fată și de 10 ani la băiat) aproape întotdeauna de origine tumorală la băiat, și de origine funcțională la fată. Descoperirea tumorii și tratamentul său la băiat, punerea la punct de dată recentă a moderatorului hipofizar, conferă medicinii somatice câteva arme pentru a lupta împotriva acestei pubertăți precoce care adesea perturbă mult echilibrul psihofectiv al copilului.

La polul opus, **întârzierile pubertare** (dincolo de 17 ani la fată și de 18 ani la băiat) sunt cel mai adesea de tip funcțional atunci când sunt izolate, fără alte semne endocrine. O explorare minuțioasă a ansamblului funcțiilor hipotalamo-hipofizare este totuși necesară. Dificultățile psihofective din seria inhibiție-izolare sunt frecvente prin decalajul pe care această întârziere pubertară îl provoacă în raport cu ceilalți adolescenți.

Anomaliile organice. — Este vorba despre pseudohermafroditismele masculine (gonada masculină) sau feminine (gonada feminină): organele genitale au un aspect ambiguu, fie opus sexului cromozomial care, în schimb, este normal (46 XY sau 46 XX). Acest fenomen se observă în cazurile de impregnare a fătusului cu hormonul de sex opus (spre exemplu pseudohermafroditismul feminin prin hiperplazie congenitală virilizantă a suprarenalelor) sau prin insensibilitatea receptorilor la hormonul normal (spre exemplu în testiculul feminizant).

În cadrul acestor pseudohermafroditisme apar problemele cele mai dificile de identitate sexuală. Atunci când un copil a fost crescut conform unui sex civil cu

care s-a identificat în mod corect, schimbarea de sex, odată depășită vârsta de 3-4 ani, pune probleme dificile în care trebuie puse în balanță importanța ambiguității sexuale, capacitățile chirurgiei plastice, profunzimea identității sexuale individuale și sociale. Altfel spus, nu poate fi definită nici o regulă generală, fiecare caz reprezentând o indicație particulară. În manieră generală, numeroase lucrări (Stoller, Kreisler) au arătat că sexul social, adică sexul atribuit copilului de către părinți săi, constituie polul organizator în jurul căruia se afirmă identitatea sexuală a copilului și că, în măsura în care este posibil, este preferabilă menținerea acestei alegeri. Există unele cazuri în care îndoiala asupra identității sexuale, nu numai a corpului medical, ci și a familiei, provoacă în mod cert o falie în procesul de identificare al copilului, dar permite o plasticitate mai mare (Daymas); într-un astfel de caz, o schimbare a sexului mai tardivă este mai puțin perturbatoare.

Am putut vedea, foarte schematic, bazele fiziologice ale diferenței dintre sexe. Astfel, am putut observa că erorile, nediferențierile, incertitudinile există la toate palierele organice ale acestei diferențieri sexuale. În paragrafele următoare, atenția noastră se va îndrepta asupra mecanismelor psihologice sociale, familiale și individuale, după ce diferențierea fiziologică s-a constituit în manieră satisfăcătoare.

3. — BAZELE PSIHLOGICE ȘI SOCIOLOGICE ALE DIFERENȚEI DINTRE SEXE

A vorbi despre diferența dintre sexe în plan sociologic introduce în dezbatere o dimensiune politică, căreia nu numai că nu-i putem scăpa, dar căreia mai ales copilul nu-i va scăpa. Problema se poate formula în modul următor: în ce măsură perceperea unei diferențe este acompaniată de un sentiment de ierarhie de valori?

Desigur, răspunsurile culturale abundă în fața acestei interogații: fiecare știe, cel puțin în cadrul societăților noastre occidentale, cât de mult a putut servi sexul masculin drept referință (și încă mai face acest lucru): valorile etice, morale, fizice, caracteristice bărbatului au practic tendința clară de a fi definite ca pozitive, iar valorile contrare, numite feminine, ca negative. Este evident că părinții, apoi copilul de la cea mai fragedă vârstă, vor fi impregnați de un astfel de mod de a gândi.

Fundamental pentru copil considerăm că este totuși momentul în care va percepe existența unei diferențe sexuale: în mod evident acest moment este pregătit de multă vreme prin sexul pe care părinții săi i-au atribuit prin maniera

de a-l crește, a-l îmbrăca, a-i vorbi etc. Totodată, o fază importantă precede această mișcare: este vorba despre perioada fuzională normală cu mama, în cursul căreia bebelușul își stabilește un sentiment de existență (*Self*ul său), perioadă pe care trebuie să o depășească în momentul fazei de „separare-individuare” (M. Mahler) sau în cursul „poziției depressive” (M. Klein). Acest sentiment al existenței constituie fundamentul pornind de la care copilul se va recunoaște ca individ, înainte de a-și recunoaște un sex. În aceste condiții, Stoller consideră că relația fuzională mamă-ficic aduce fetelor un sentiment de individualitate mai solid decât aduce relația mamă-fiu băieților, unde decalajul de sex introduce o îndoială mai mare în identificare. Rezultatul clinic pentru băiat, și apoi pentru bărbat, este o teamă mai mare de homosexualitate decât la fată pentru că, în opinia lui Stoller, rădăcinile a ceea ce el numește „masculinitate” sunt mai puțin bine asigurate.

Odată stabilit sentimentul de individualitate, copilul este confruntat cu problema diferenței dintre sexe: el trebuie să își recunoască apartenența la un sex și să renunțe la fantasma originară de omnipotență sau de completitudine. În mod evident, atitudinea familiei joacă aici un rol considerabil, dar copilul este introdus în dialectica recunoașterii unei lipse cu emergența unei dorințe și, în corolar, în dialectica plăcerii și a completudinii: în jurul acestor patru termeni, lipsă-dorință, completitudine-plăcere, trebuie să se organizeze sexualitatea copilului, marcată întotdeauna, așa cum am precizat în introducerea, de imaturitatea fiziologică infantilă.

Această imaturitate sexuală fiziologică conduce la distingerea genitalității și sexualității, primul termen implicând maturitatea organelor genitale, al doilea fiind mai centrat asupra căutării unei plăceri care nu trebuie să ne facă să uităm totuși cei trei timpi precedenți (lipsă-dorință-completitudine). Pentru copil, indiferent de sexul său, a accepta această lipsă înseamnă a renunța la atotputernicia sa infantilă (nu numai de a putea fi satisfăcut total de către mamă, dar și de a o putea satisface total), și a proiecta asupra cuplului parental această stare de completitudine invidiată. De asemenea, copilul trece de la mitul completudinii narcisice la mitul scenei primitive pornind de la care se organizează **curiozitatea sexuală**.

În teoria psihanalitică, pe această curiozitate sexuală se sprijină tendințele voaioiste/exhibiționiste ale copilului, precum și dorințele sale epistemofile în cadrul unei sublimări de bună calitate. Astfel se pot observa decalaje optice subtile ce îl fac pe copil să treacă de la dialectica unei completudinii narcisice (diada mamă-copil) la aceea a diferenței sexuale (băiat-fată în faza oedipiană) și în final la aceea a diferenței de generație (copil-adult în perioada de latență).

Am văzut că disimetria cuplului mamă-băiat explică probabil incertitudinea mai mare în identificare a băiatului decât a fetei (Stoller). Oare trebuie să vedem

în această disimetrie una dintre marile probleme ale pedopsihiatriei, aceea a disimetriei morbidității în funcție de sex? Vom aborda succint acest aspect.

3.1. — MORBIDITATEA ÎN PEDOPSIHIATRIE

Toate studiile epidemiologice sunt de acord în recunoașterea existenței unei supraprezentări a băieților în raport cu fetele în populația consultantă în pedopsihiatrie. Înainte de 14 ani, se constată o proporție de 60-65% băieți față de 35-40% fete, proporție ce se diminuează treptat, pentru a se inversa în jurul vârstei de 18 ani (1,4 fete la 1 băiat), singura perioadă în care sexul feminin este supraprezentat în copilărie.

Disparitatea dintre sexe variază în funcție de diversele maladii. Astfel, am putea cita cu titlu de exemplu:

- autism infantil: 3 până la 4 băieți la 1 fată;
- alte psihoze infantile: 2 băieți la 1 fată;
- tulburări de conduită și de comportament: 4 băieți la 1 fată;
- tulburări de limbaj: 2 băieți la 1 fată.

Anumite patologii sunt cvasi-specifice unui sex: bălbăiala și ticurile se observă într-o proporție de 7 până la 8 băieți la 1 fată. Predomnanța la fete nu se observă decât pentru anorexia mentală (dezechilibrul foarte important: 10 fete la 1 băiat) și pentru tulburările nevrotice într-o proporție mult mai mică. În general, putem spune că băieții au o fragilitate mai mare și sunt, la diagnostic egal, mai grav afectați decât fetele.

Această disparitate globală în detrimentul băieților are explicații multiple: organice, sociologice și psihologice. Astfel, vulnerabilitatea genetică și fragilitatea biologică sunt incontestabil mai mari la băiat (mortalitate neonatală mai mare), de asemenea vulnerabilitatea în dezvoltare este superioară. La acești factori s-ar adăuga, pentru unii, un element cultural: îngrijorarea părinților este mai mare pentru băieți decât pentru fete datorită importanței inserției sociale. În fine, în plan individual, identificarea mai directă între mamă și fiica sa (Stoller) ar asigura acesteia o bază mai solidă decât băiatului.

3.2. — DISIMETRIA ÎN FUNCȚIE DE SEX

În general, dispersia în jurul normei pare diferită în funcție de sex. Din acest punct de vedere, puține studii s-au preocupat să definească o abatere tip pentru diverse patologii comparând cele două sexe. Pentru etologi, una dintre caracteristicile sexului masculin în diversele specii animale este tocmai o mai

mare dispersie a conduitei în jurul normalității și, în consecință, cu un rol de explorare și inovare superior (I. Eibl-Eibesfeldt), în vreme ce sexul feminin pare să prezinte o mai mare concentrare în jurul normei și să-și asume un rol mai important în conservare, atât a conduitei, cât și a „patrimoniului” cultural în sensul său cel mai extins.

Trebuie oare să vedem în această mai mare abatere de la normă la băieți unul dintre motivele supraprezentării lor în pedopsihiatrie? Este sigur, spre exemplu, că o instituție cum este școala tolerează greu abaterile prea mari în raport cu o normă, probabil definită mai mult pentru sexul feminin decât pentru sexul masculin. În afara diferențelor cunoscute în ce privește capacitățile intelectuale (superioritate a fetelor în plan verbal, a băieților în elaborarea logică și vizualizare spațială), există importante diferențe comportamentale între băiat și fată. Astfel, în școala primară, Zazzo a remarcat o turbulență superioară la băieți, cooperare și stabilitate superioare la fete și o tendință la izolare în activități de construcție mai accentuată la băieți. După cum vedem, turbulența și izolarea sunt valori mai degrabă „pozitive” în ochii școlii. Există aici un întreg domeniu de cercetare epidemiologică încă foarte incomplet studiat.

Această problemă a variației nivelului de morbiditate în funcție de sex este cu atât mai importantă cu cât la adulți proporția este inversă: toate studiile arată că între 25 și 35 de ani curbele de morbiditate se încrucișează. După această vârstă, femeile sunt supraprezentate, chiar înănd cont de mortalitatea masculină superioară (nevroză, depresie). Se pune astfel problema prevenției și predicției în pedopsihiatrie: acțiunea noastră depinde oare în primul rând de reacțiile de intoleranță sau de îngrijorare ale mediului? Ignorăm ea oare, sau nu poate repera, viitoarele perturbări ale adulțului? (v. normalul și patologicul, *infra.*).

4. — SEXUALITATEA COPILULUI ȘI AVATARURILE SALE

Începând de la 2-3 ani, dar pentru unii autori chiar mai devreme, copilul pare să recunoască apartenența sa la un sex. **Curiozitatea sexuală** se exprimă direct între 3 și 5 ani (întrebări despre „cocoșel” sau „pășărică”) acompaniate adesea de o atitudine exhibiționistă. Aceasta din urmă se atenuază către 5-6 ani, dar se observă atunci jocuri de manipulare sau de explorare (jocul de-a doctorul între băiat și fată), în vreme ce, în raport cu adulții, se stabilește un sentiment de jenă, chiar de rușine. Începând de la 7-8 ani, celălalt sex este în general pus la distanță până la începutul adolescenței: în curtea școlii primare, în pofida amestecului, băieții se joacă cu băieți, iar fetele între ele.

În paralel cu aceste descoperiri asupra propriului sex, evoluează și teoriile copilului referitoare la conceperea bebelușului: fecundarea orală (prin alimente sau sărut), apoi micțională, nașterea bebelușului prin anus sau prin ombilic cu fantasmă mai mult sau mai puțin sadice și agresive de sfășiere a burții. Scena primitivă (raportul sexual dintre părinți) este de asemenea trăită într-un mod agresiv: atacul tatălui asupra mamei, mușcătură sau castrare. Trăirea va fi în mod evident puternic influențată de atitudinea reală a cuplului pe care copilul îl are sub ochi și va determina natura relațiilor sale cu ceilalți.

4.1. — EVOLUȚIA MANIPULĂRIILOR SEXUALE

Descoperirea sexului este însoțită foarte curând de manipularea sa. Integrată la început, către 6-7 luni, în schemele senzorio-motorii ce favorizează descoperirea corpului, manipularea sexului devine rapid, începând de la 2-3 ani, o activitate în sine, în care plăcerea masturbatorie apare repede ca esențială. Datorită configurației anatomice, sexualitatea băiețelului, ușor vizibilă și reperabilă, a servit la început ca referință și model (Freud), sexualitatea fetei fiind explicată în negativ în raport cu precedentă.

Este sigur că **manipulările sexuale** cele mai precoce (începând de la 6-7 luni) incluse în schemele senzorio-motorii nu sunt posibile decât la băiat. De altfel, mamele descriu frecvent, pe un ton în care se amestecă teama, mândria, dezgustul sau plăcerea (depinde de fiecare), că la ora băii „se trage de el cu strășnicie”. Adevăratele masturbări apar către 2-3 ani, atât la băiat cât și la fată, se diminuează timp de un an sau doi, înainte de a fi reluate intens între 5-6 ani fie sub formă de masturbare directă, fie sub formă de activitate ritmică: balansarea corpului, flexiune-extensie a coapselor etc. Din acest punct de vedere, se pare că fetița își descoperă nu numai clitorisul, ci și vaginul, așa cum băiatul își descoperă penisul. Am putea regăsi un indiciu indirect al acestui fapt în frecvența mare a vaginitelor la fetițe, cauzate de introducerea unui obiect sau a degetului în vagin.

La această vârstă, activitatea masturbatorie este acompaniată de o ferventă activitate fantasmatică, mai mult sau mai puțin culpabilizată în funcție de atitudinea parentală: fantezii de urinare sau defecare, fantezii asupra scenei primitive parentale.

În perioada de latență această activitate masturbatorie se atenuază, dar nu este rar ca aceasta să persiste în manieră intermitentă. Reluarea masturbării este cvasi-constantă în perioada pubertară și la adolescență. Masturbarea adolescentului este caracterizată de contextul fantasmatic bogat care o însoțește: fantezii legate

de un/o eventual(ă) partener(ă), culpabilitate intensă, fantasme agresive, rușine și dezgust, fantasme ce alternează cel mai adesea la același adolescent.

Deviațiile în raport cu această sexualitate obișnuită sunt reprezentate de masturbările intempestive într-un context nevrotic, de obicei culpabilizate (teamă de boală, de anomalie, de deteriorarea organelor sexuale). Ele se pot produce într-un context exhibiționist, fără nici o reținere, atunci fiind dovada unei stări psihotice.

Am evocat deja curiozitatea sexuală a copilului în raport cu sexualitatea adultului, în special aceea parentală; cu activarea obișnuită a pulsivității voaieriste. Această pulsivitate voaieristă poate atinge o intensitate cvasi-patologică, deși evoluția moravurilor a atenuat-o mult. La fel și în ceea ce privește opusul său, **exhibiționismul**, care în secolul precedent era stigmatizat ca având un caracter net patologic. În prezent, numai preadolescenții și adolescenții exhibiționiști, care au adesea condute masturbatorii sau agresive, mai păstrează caracterul deviant. Vom cita pentru memorie exhibiționismul copiilor psihotici care, în realitate, nu este decât o necunoaștere a limitelor propriului corp.

De fapt, în ceea ce privește exhibiționismul, ar fi poate mai oportun, în zilele noastre, să vorbim despre exhibiționismul parental față de copii: evoluția moravurilor a condus numeroși părinți spre un liberalism binefăcător la nivelul corpului și al nudității. A se plimba gol prin apartament, a face baie împreună, au devenit conduite banale în numeroase familii. Totodată, părinții uită, sau se prefac că uită, că atunci când copilul lor va crește ar putea resimți această nuditate ca pe o provocare incestuoasă, sursă de suferință și, paradoxal, de exacerbare a conflictelor sale psihice (nevrotice sau psihotice).

4.2. — EVOLUȚIA PARTENERULUI SEXUAL: PROBLEMA HOMOSEXUALITĂȚII

Este important să distingem aici sexualitatea copilului de aceea a adolescentului. Pentru cel dintâi, datorită imaturității sale fiziologice, a vorbi despre un „partener sexual” constituie un abuz de limbaj. Totuși, în perioada de latență copilul evoluează în cadrul colegilor formând un grup social care, pentru a relua distincția propusă de Stoller, asigură identitatea sa de gen. Numai după perioada de latență, o dată cu adolescența și apariția maturității sexuale, se pune problema identității sexuale și a unei veritabile alegeri a unui partener sexual. Nu vom aborda aici dimensiunea culturală a homosexualității: valoarea pozitivă sau negativă, inițiată sau perturbatoare a experienței homosexuale variază complet de la o cultură la alta. La fel se întâmplă și cu problema „normalității” (normalitatea fiind aici opusă bolii) homosexualității. Fiecare știe că

homosexualitatea este fie o „boală”, fie un „delict”, fie o devianță tolerată, fie o stare cvasi-privilegiată în funcție de țară și cultura sa.

În fine, trebuie să precizăm că un întreg curent organicist tinde să interpreteze homosexualitatea printr-o schemă pur somatică, fără ca vreun rezultat, în afara studiilor asupra perechilor de gemeni, să fi adus argumente riguroase.

În cursul perioadei numite de latență

În cursul acestei perioade se consolidează identitatea de gen: în majoritatea cazurilor, copiii se joacă în manieră cvasi-exclusivă, între 7-8 ani și 12-13 ani, cu copii de același sex. În mod obișnuit așează un dezinteres sau chiar dispreț pentru jocurile, activitățile sau frecventarea celuialt sex. Aceste relații „unisex” pot fi uneori însoțite de încercări de raporturi homosexuale de grup sau de cuplu: întreceri legate de dimensiunea sexului sau a puterii de urinare, atingeri manuale, bucale sau anale, mai frecvente la băieți decât la fete. Aceste atitudini exclusive pot, în cazul unor părinți care sunt ei înșiși nesiguri în alegerea lor sexuală sau închiși în poziții heterosexuale defensive, să îi facă să se teamă de o viitoare homosexualitate. Cel mai adesea, asta nu înseamnă nimic.

În realitate, mult mai îngrijorătoare este atitudinea copilului care încă de la această vârstă preferă numai jocurile celuialt sex, frecventează numai copii de sex opus (găina plouată, băiatul castrat). Această aparentă „heterosexualitate” maschează în realitate o îndoială asupra identității de gen și poate constitui un veritabil nucleu homosexual ulterior, copilul identificându-se cu conduitele sociale de gen opus. La astfel de copii, constelația familială este adesea perturbată: tată slab, mai mult sau mai puțin ridiculizat de soția lui, mama profund ostilă față de sexul copilului său, în special atunci când este vorba despre un băiat. Această constelație devine caricaturală în transexualism. Este important însă să fim prudenți în evoluția și prognosticul pe termen lung deoarece adolescența permite numeroase remanieri.

În cursul adolescenței

Maturitatea sexuală nu se dobândește în mod magic: o lungă perioadă de incertitudine, de plutare, de ezitare, precede în general stabilirea identității sexuale. Vom reveni mai în detaliu asupra acestei probleme în studiul sexualității la adolescență (v. *Adolescență și psihopatologie*, ed. a 5-a, cap. 7).

Vom spune aici pur și simplu că experiențele homosexuale tranzitorii, atât la băiat cât și la fată, sunt foarte frecvente, și fără valoare reală de prognostic. Și aici, atitudinile defensive ale părinților pot să-i facă să se teamă de o homosexualitate definitivă a adolescentului(ei), și riscă în special să exacerbeze apărările nevrotice ale acestui adolescent împotriva pulsionilor sale sexuale (culpabilitate, rușine, ascetism).

4.3. — DEVIATII SEXUALE PARTICULARE

Fetișismul

În capitolul consacrat psihopatologiei jocului (v. *infra*), am prezentat destinul obiectului tranzițional care, în mod normal, dispare progresiv. La anumiți copii, acest obiect este păstrat mult peste vârsta normală, adesea în relație cu o atitudine de complicitate excesivă din partea mamei. Winnicott subliniază riscul de a vedea în aceste condiții obiectul tranzițional transformat în fetiș. În anumite cazuri, obiectul ales are de la început o semnificație fetișistă (îmbrăcăminte intimă feminină aparținând mamei). La pubertate se poate observa, în special la băiat, o reactivare a utilizării unor obiecte fetiș, ce pot conduce, la adolescență, la debutul unui comportament pervers: utilizarea obiectului fetiș în cursul masturbării.

Travestitismul

În această conduită deviantă proprie băieților, în opinia lui Stoller, identitatea de sex este stabilită (băiatul se recunoaște ca atare), dar identitatea de gen este fluctuantă. Travestitismul este cel mai adesea episodic și corespunde unor momente de criză: angoasă de abandon, ruptură familială. La alți copii, travestitismul reprezintă o conduită mai elaborată ce a debutat la o vârstă foarte mică: încă de la 3-4 ani, acestor băieți le place să se îmbrace cu hainele mamei lor. Complezența sau chiar provocarea maternă sunt constante. Tatăl este absent fizic sau psihic. El poate avea același tip de complicitate față de simptomul copilului său ca și mama.

Transexualismul

În opinia lui Stoller, înseamnă „convingerea unui subiect normal din punct de vedere biologic că aparține celuialt sex”. Acest transexualism este practic specific băiatului. Se poate spune că aici identitatea de sex este perturbată (refuzul sexului biologic), în vreme ce identitatea de gen este profund ancorată (subiecții identificându-se total cu genul sexului opus). Pedopsihiatriul este în mod excepțional confruntat cu această problemă deoarece transexualul nu consultă în perioada de copilărie, ci vine în consultație numai la vârstă adultă, în general pentru a obține o transformare a sexului conformă cu identitatea sa de gen. În opinia lui Stoller, relația mamei cu viitorul transexual este marcată „de o simbioză prea gratificantă”: cu cât o mamă prelungește mai mult această simbioză, cu atât este mai obligată în fiecare moment să gratifice copilul, și cu atât mai mult feminitatea riscă să infiltreze nucleul identității de gen. Este ușor de conceput că într-o astfel de optică solicitarea unei consultații de către mamă pentru copilul

său este excepțională! Complicitatea dintre mamă și băiat în cazul transsexualului masculin este, în opinia lui Stoller, foarte strânsă: mama alăptează mai mult timp copilul, stabilește un contact cutanat direct cu el, îl îmbracă în haine de fetiță. Tatăl este absent sau contează prea puțin. Mult mai rar, există și transsexualismul feminin.

Evoluția pe termen lung rămâne dominată de cererea de schimbare a sexului și viciisitudinile sale, dar această problemă depășește cu mult cadrul acestei lucrări.

4.4. — PROBLEMA PERVERSITĂȚII ȘI A PERVERSIUNILOR

Este important să distingem conduita perversă (perversiunea) și structura perversă (perversitatea). Perversiunile sunt în mod tipic niște conduite sexuale deviate în care partenerul nu este utilizat decât ca obiect pentru a obține satisfacția sexuală. În schimb, perversitatea este o structură mentală ai cărei determinanți sunt, în funcție de autori, fie constituționali (poziția psihiatrică tradițională), fie psihogenetici (negarea sexului feminin). Însăși natura copilului, imaturitatea sa sexuală unde genitalitatea și sexualitatea trebuie deosebite, i-au condus pe anumiți autori, primul fiind Freud, să evoce „perversitatea” copilului. Întreg acest capitol a arătat că alegerea obiectului sexual este prin definiție fluctuantă și nu dovedește în mod necesar o organizare perversă ulterioară.

Mai importantă și mai actuală ni se pare a fi în acest context problematica agresivității, legată sau nu de sexualitate. Perversitatea este atunci asimilată unui comportament sadomasochist prevalent. Este vorba totuși de un concept cu utilizare ambiguă, din moment ce sub același termen sunt înglobate teorii constituționale sau poziții psihopatologice. Foarte schematic, organizarea pulsională a copilului așa-zis pervers vădește o invadare a pulsionii libidinale de către pulsinea agresivă: este procurată plăcerea de a mușca, a ataca, a distruge, dar și a murdări, a denatura...

Dacă manevrarea agresivității reprezintă o fază importantă a educației copilului, în mod obișnuit se observă începând din faza de socializare (7-8 ani) o degajare progresivă a acestor două pulsuni. La anumiți copii, plăcerea, sau chiar satisfacția, nu poate fi obținută decât într-un climat distructiv (sadism) sau de suferință (masochism). Am prezentat mai în detaliu aceste aspecte în capitolul precedent.

4.5. — SEXUALITATEA VENALĂ A COPIILOR

Fie că este vorba despre prostituție sau homosexualitate venală, existența unei sexualități venale la un(o) adolescent(ă) sau chiar preadolescent(ă), implică adesea la origine existența unei serii de factori care se întăresc reciproc. Determinanții sociologici par preponderenți (sărăcie economică și culturală, familie disociată, alcoolism etc.), în special dacă această sexualitate este „organizată” în mod particular și este exercitată sub „constrângerea-protecția” adulților.

În antecedentele acestor preadolescenți, nu rareori se regăsesc situații de abuz sexual, în special relații incestuoase.

În unele cazuri, un profil mai patologic caracterizează individul, mai ales atunci când se observă comportamente de tip psihopat. Sexualitatea venală poate să reprezinte uneori la toxicoman sursa unor câștiguri financiare necesare cumpărării de droguri (tipul de delincvență din necesitate: vezi psihopatologia adolescentului).

În fine, trecerea la act sexual se integrează uneori unor perturbări mai profunde ale personalității, așa cum se observă în anumite cazuri de buef delirant sau de psihoză a adolescentului, în special la fată când tematica delirantă este centrată în jurul maternității. Totodată, în aceste cazuri este vorba mai mult despre o sexualitate haotică și intempestivă decât de o sexualitate venală.

BIBLIOGRAFIE

BETTSCHART W., HENNY R., BOLOGNINI M.: La surreprésentation des garçons par rapport aux filles dans les consultations de psychiatrie d'enfants. *Psych. enf.*, 1978, 21 (1), 297-304.

CASADEBAIG F., CHEVALIER A., DIATKINE R., GABEL M., LEBOVICI S.: L'étude du paramètre sexe dans les cas suivis en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Psych. enf.*, 1978, 21 (1), 237-295.

CHILAND C.: Enfance et transsexualisme. *Psych. enf.*, 1988, 31 (2), 313-373.

DAYMAS S.: Le transsexuel et le psychanalyste. In: *Corps et langage en psychanalyse*. Presses Universitaires, Lyon, 1980, 73-82.

FREUD S.: *La vie sexuelle*. PUF, Paris, 1970.

FREUD S.: *Névrose, psychose et perversion*. PUF, Paris, 1973.

HUBBLE D.: *Paediatric endocrinology*. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1969.

JONGEN E. & coll: Etude comparative des données cliniques des cohortes de trois services de psychiatrie de l'enfant. *Psych. enf.*, 1973, 16 (2), 515-564.

KREISLER L.: Les intersexuels avec ambiguïté genitale. *Psych. enf.*, 1970, 13 (1), 5-127.

KREISLER L.: L'identité sexuelle. *Psych. enf.*, 1970, 13 (1), 307-326.

KREISLER L.: L'enfant et l'adolescent de sexe ambigu ou l'envers du mythe. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 7, 117-133. Gallimard, Paris, 1973.

LEBOVICI S., KREISLER L.: L'homosexualité chez l'enfant et l'adolescent. *Psych. enf.*, 1965, 8 (1), 57-134.

MICHAUX L.: *L'enfant pervers*. PUF, Paris, 1952.

PINSKY L., DUCHARME J.R., COLLU R.: Les ambiguïtés sexuelles. EMC, Paris, 1978, *Pédiatrie* 4107 B 50.

STOLLER R.: Faits et hypothèses: un examen du concept freudien de bisexualité. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 7, 117-133, Gallimard, Paris, 1973.

STOLLER R.: *Recherche sur l'identité sexuelle*. Gallimard, Paris, 1978.

STOLLER R.J.: *L'imagination érotique telle qu'on l'observe*. Trad. Chiland C. et Noizet Y., PUF, Paris, 1989, 1 vol.

STOLLER R.J.: *Masculin ou féminin?* Trad. Chiland C. et Noizet Y. PUF, Paris, 1989, 1 vol.

SULLEROT E. (sous direction de): *Le fait féminin*. Fayard, Paris, 1978, 1 vol.

PARTEA A TREIA

MARILE CATEGORII NOSOGRAFICE

14 DEFECTOLOGIE

În acest capitol sunt reunite aspecte patologice destul de disparate, al căror singur punct comun este existența unui deficit, indiferent de natura sa (senzorială, motorie, mintală). În toate cazurile acest deficit care se repercutează profund asupra procesului normal de maturizare a copilului, antrenează modificări importante ale dinamicii familiale (centrate în jurul acceptării sau refuzului handicapului), provoacă secundar dificultăți în elaborarea imaginii de sine a fiecărui copil, se complică astfel cu „tulburări reacționale“ care, prin intensitatea lor, pot fi în primul plan. Analiza riguroasă a acestor diverse niveluri este indispensabilă înaintea atribuirii globale a ansamblului de manifestări constatate unei singure etiologii punctuale.

În plan epidemiologic, frecvența unui handicap sever în populația generală este de 14 la 1000 (Sabreux și colab.). În totalitatea copiilor handicapați repartitia este următoarea:

- deficiență mintală profundă și severă: 21%;
- afecțiune motorie: 19%;
- comișialitate: 18%;
- tulburări senzoriale: 17%;
- dintre care ambliopii: 4,6 %, cecități: 2,4%, hipoacuzii: 4,8%, surdități: 5,5%.

În analiza factorială a acestor copii un element este constant: frecvența polihandicapaților (42% dintre copiii sever handicapați suferă de un polihandicap: deficiență mintală severă, infirmitate motorie cerebrală, comișialitate, tulburări de comportament...). Această constatare pune importante probleme de igienă mintală, deoarece majoritatea instituțiilor acceptă cu reticență acești copii polihandicapați. Aceleași anchete epidemiologice (Duplant și colab., Zafropoulos și colab.) arată importanța primei orientări : majoritatea copiilor rămân în „filiera de plecare“ (82,5%), rari fiind cei pentru care este luată în considerare o reorientare. Alegerea acestei filiere depinde în mod sigur de natura handicapului(riilor), dar este în mod egal corelată cu nivelul socio-economic al familiei.

1. — DEFICIENȚA SENZORIALĂ

Existența unui deficit senzorial privează copilul de o sursă de informații care îi permite în mod normal să descopere lumea într-o interacțiune circulară mult timp repetată înainte de a fi stăpânită și apoi interiorizată în psihismul său. Absența răspunsului vizual sau auditiv obișnuit implică invalidarea unui întreg canal de comunicare. Problema constă în faptul că, deși inițial copilul nu se simte handicapat, anturajul său, care are adesea dificultăți mari de comunicare fără utilizarea aceluși canal inexistent, riscă atunci să trăiască pe cont propriu un sentiment de handicap și să protejeze acest sentiment în trăirea copilului. Un copil deficient senzorial nu este un „copil normal fără vâz sau auz”, ci este un altfel de copil. Non-acceptarea sau non-recunoașterea acestei alterități poate conduce la distorsiuni grave în diferite etape de maturizare. Astfel, deficitul senzorial pune o dublă problemă: pe de o parte, diferența fundamentală în echipamentul genetic inițial care modifică anumite axe de dezvoltare (în special organizarea temporo-spațială), pe de altă parte, o interacțiune cu anturajul care se poate organiza în jurul unui deficit trăit atât de copil, cât și de părinții săi, ca o suferință intolerabilă. Frecvența tulburărilor psihopatologice asociate deficitelor senzoriale își găsește aici explicația.

Este de la sine înțeles că dificultățile vor fi cu atât mai importante cu cât deficitul este mai masiv, congenital sau foarte precoce. În deficitul secundar, dificultățile instrumentale vor fi mai puțin importante, dar problema suferinței sau a pierderii este de primă importanță.

1.1. — SURDITATEA

Definiție – Generalități

„Copilul hipoacuzic este cel al cărui acuitate auditivă este insuficientă pentru a-i permite să învețe propria limbă, să participe la activitățile normale pentru vârsta lui, să urmeze în mod profitabil învățământul școlar general” (definiție OMS). Surditatea se definește în funcție de profunzimea, natura sau etiologia sa.

Clasificare în funcție de profunzime

Această clasificare este stabilită în zona de conversie dintre 500 și 2000 cicluri/secundă, pentru urechea cea mai bună:

- **surditate totală sau cofoză:** deficit la mai mult de 85 decibeli;
- **semisurditate profundă:** deficit la 60-85 decibeli;

- **semisurditate ușoară:** deficit la 40-60 decibeli: achiziția limbajului este posibilă, dar articularea și vocea sunt defectuoase;

- **auz slab:** deficit la mai puțin de 40 decibeli: limbajul se dezvoltă. Există uneori tulburări de articulare.

După repartitia deficitului în funcție de frecvență, se disting de asemenea:

- curbele în pantă, unde deficitul este mai important pentru sunetele ascuțite;
- curbele orizontale, unde deficitul este identic indiferent de frecvență;
- curbele în U, unde deficitul există într-o bandă de frecvență atingând sau nu zona conversațională.

Clasificare după tipul anatomo-fiziologic

- **SURDITĂȚI DE TRANSMISIE.** — Acestea sunt cele mai frecvente; conducerea osoasă este normală, percepția cuvântului nu este prea perturbată.

- **SURDITĂȚI DE RECEPȚIE.** — Recepția cuvântului este foarte deformată, dificultățile de învățare fonetică sunt considerabile. Ele sunt izolate sau asociate cu cele precedente.

- **TULBURĂRI DE IDENTIFICARE.** — Obișnuite în surditățile de recepție, pot totuși să existe separat: tulburări de integrare auditivă sau de simbolizare de origine centrală.

Clasificare în funcție de etiologie

- **ORIGINEA GENETICĂ (50%).** — Congenitală sau degenerativă.

- **ORIGINE PRENATALĂ.** — Embriopatie (exemplu: rubeolă) sau fetopatie.

- **ORIGINE NEONATALĂ.** — Prematuritate, suferință perinatală (20%).

- **DOBÂNDITĂ ÎN CURSUL COPILĂRIEI.** — Cauze infecțioase (meningite), toxice (streptomicină), traumatice (fractură de stâncă).

Rămâne un procent important de surdități de **cauză necunoscută**, în jur de 36%.

Problema pusă de copilul surd este în mare parte condiționată de achiziționarea sau nu a limbajului vorbit și scris. Cu cât surditatea este mai profundă, cu atât mutitatea este sigură. Surditatea totală privează copilul de toată informația acustică și în consecință face fără valoare întreaga emisie sonoră: astfel se observă că gânguritul din primele 2-3 luni dispare complet spre 5-6 luni. Această privare senzorială dă seama de deviațiile procesului de maturizare, deviații întârzieri de frecvență inadecvare dintre modul privilegiat de interacțiune a copilului surd și răspunsul anturajului. Momentul apariției surdității trebuie de asemenea să fie luat în considerare: la naștere sau înaintea apariției limbajului sau, dimpotrivă,

după apariția limbajului (problema fiind atunci conservarea a ceea ce a fost deja achiziționat pe acest plan).

Principalele tehnici de explorare a auzului au fost studiate în capitolul 3, 2.2.

Dificultăți psihologice ale copilului surd

Dezvoltarea cognitivă

Evident trebuie să ținem cont de profunzimea surdității și mai ales de repercusiunile sale asupra limbajului. Absența limbajului a fost mult timp considerată un obstacol esențial în dezvoltarea intelectuală satisfăcătoare a copilului surd. Totuși evaluarea capacităților intelectuale prin teste nonverbale sau prin teste special concepute arată dezvoltarea unei inteligențe practic apropiată de cea normală la copiii surdo-muți, în măsura în care ei sunt corect stimulați. Totodată persistă frecvent un decalaj în domeniul abstracțiunii și a gândirii formale.

Astfel, copiii surzi au în medie un retard de doi până la cinci ani în achizițiile lor în raport cu cei care aud, decalajele cele mai importante situându-se la probele care necesită gândire abstractă. Pentru Oléron, copilul surd se menține adesea la un nivel perceptual fără a atinge nivelul conceptual. Capacitățile de orientare temporo-spațială (Bideaud, Colin și colab.) par deficitare: construirea relațiilor spațiale, punerea în relație a perspectivelor arată o întârziere de doi până la trei ani în raport cu cei care aud, cât și persistența unei strategii în care stadiul imitației gestuale este dificil depășit.

Totuși rezultatele sunt departe de a fi omogene. Unele lucrări (Furth și Youniss, citați de Bouton) găsesc la copiii surzi o inteligență operațională egală dacă nu superioară celor care aud. Comparația cu cei care aud, proveniți din medii defavorizate în planul limbajului (carențe culturale, sociale) duc la ideea că retardul s-ar fi datorat mai degrabă unei deficiențe generale a experienței decât unei lipse specifice de limbaj (Bouton). În sfârșit, se observă adesea o egalizare a performanțelor cu vârsta: astfel memoria vizuală a copiilor mici surzi este inferioară față de cei care aud, dar diferența nu mai există începând de la 15-16 ani (Rozanova, citat de P. Aimard).

Dezvoltarea afectivă

La fel ca în cazul dezvoltării cognitive, profunzimea surdității condiționează dificultățile relaționale. Incapacitatea utilizării comunicării verbale dă seama de anumite comportamente frecvente: copilul surd este zgometos, puțin disciplinat, cu o emotivitate foarte labilă. Se poate descrie ca încăpățânat, îndărătnic, suportând cu greu frustrarea, coleros. Jocurile lui sunt solitare, cu o reperi pe sine însuși uneori importantă (Aimard). În plan relațional se descrie un

comportament egocentric, o dificultate de a înțelege și de a resimți sentimentele celuilalt (Alishuler). Sentimentele de insecuritate sunt frecvente, putând să meargă până la o trăire clar persecutorie.

Când copilul surd este demutizat, limbajul său, ca și înțelegerea limbajului celorlalți, rămân totuși particulare: ignorarea inflexiunilor vocii, dificultatea de a sesiza jocurile de cuvinte sau expresiile paradoxale (de exemplu copilul care se murdărește și căruia mama îi spune „vai, ce curat ești!“), limbaj rigid, conformist și puțin nuanțat etc.

Toate aceste caracteristici țin de profunzida perturbare a celor mai comune canale de comunicare și sunt cu atât mai importante cu cât anturajul nu se adaptează la copilul surd. Astfel s-a constatat că copiii surzi născuți de părinți surzi (Pintner și colab.) sunt mai bine adaptați afectiv și social; de asemenea, în unele regiuni unde surditatea ereditară este frecventă (Repond), copiii surzi sunt mai bine integrați.

Aceasta pune în evidență rolul părinților copilului surd. Reacțiile de rușine sau de culpabilitate, de respingere sau de supraprotecție trebuie să fie depășite înainte ca o veritabilă „educație“ a părinților să poată fi făcută. În mod sigur menținerea limbajului (riscul este ca părinții să fie ei înșiși muți cu copilul lor surd), dar și întărirea contactului uman („dialogul tonic“), importanța comunicării prin privire și gest la copilul mic. Informarea părinților, colaborarea lor strânsă sunt factori necesari și indispensabili în momentul demuizării.

Psihopatologia copilului surd

Vom aborda aici dificultățile care se adaugă trăsăturilor evocate în paragraful precedent. În plan statistic, frecvența patologiei psihiatrice în populația de copii surzi este diferit apreciată (între 6 și 15%), dar pare superioară celei observate într-o populație de copii care aud. Nu există o relație directă între profunzimea deficitului auditiv și existența tulburărilor psihiatrice, dimpotrivă Williams găsește tulburări psihiatrice mai frecvente în cazul pierderii moderate a auzului. Cu toate că au naturi foarte diferite, dificultățile psihopatologice par să se manifeste mai ales în următoarele asocieri:

- surditate și înapoierie mintală;
- surditate și tulburări de comportament;
- surditate și autism infantil.

— **SURDITATE ȘI ÎNAPOIERE MINTALĂ.** — Într-un număr important de cazuri, surditatea se înscrie în cadrul unei boli ereditare, cu afectarea SNC (morfofiziologii diverse, boli metabolice, afecțiuni degenerativă) sau unei patologii multifocale (rubeolă congenitală, prematuritate, incompatibilitate Rhesus etc).

Înapoieria mintală și surditatea își întăresc reciproc efectele lor dismaturative.

— **SURDITATE ȘI TULBURĂRI DE COMPORTAMENT.** — Am semnalat frecvența conductelor impulsive, coleroase, de opoziție. Aceste conduite pot să atingă o asemenea intensitate încât să se înscrie în cadrul unei organizări psihopatie: reacții antisociale, violență caracteristică, deviații sexuale care, după Altshuler și Rainer, ar fi destul de frecvente.

— **SURDITATE ȘI AUTISM.** — Numeroși autori semnaleză frecvența acestei asociații. Este necesar aici să distingem trăsăturile comportamentale de alură psihotică (reacții de retragere și de izolare) de psihoza propriu-zisă ca structură mentală. Numeroși copii surzi prezintă astfel de reacții înainte de orice demutizare și de protezare auditivă. Un comportament în aparență indiferent față de celălalt, o utilizare a celui alt ca simplă prelungire de sine (de exemplu, se servește de mâna celui alt ca de un obiect) pot evoca o psihoză.

În realitate, apetența de contact, adaptarea rapid satisfăcătoare la protezare, evoluția contactului atunci când copilul descoperă lumea sonoră, arată că aceste reacții reprezintă conduite adaptative în fața privării senzoriale. Cu toate acestea, asocierea autismului infantil cu surditatea nu este excepțională: refuzul permanent al contactului, importanța stereotipurilor, incapacitatea sau chiar refuzul de a se adapta la protezare și de a accepta o comunicare prin limbaj trebuie să ne pună rapid în alertă. Abordarea terapeutică este dificilă pentru că pacientul autist utilizează frecvent deficitul său senzorial ca modalitate suplimentară de izolare, de refuz al contactului. Aceste dificultăți implică necesitatea unor instituții specializate pentru copiii multihandicapați. În Franța există câteva de acest fel.

1.2. — CECITATEA

Definiție — Generalități

Se consideră orb un copil a cărui acuitate vizuală este mai mică de 1/20e (USA: 1/10e). Ambliopia corespunde unei acuități vizuale mai mică de 3/10e.

În plan pedagogic, copilul orb este acela care scrie în mod necesar în braile și nu în „negru” (nume dat scrierii pentru văzători). Aceste definiții se grupează global. Astfel definite, cecitatea și ambliopia profundă afectează în medie în Franța, 3000 tineri de mai puțin de 21 ani.

În realitate, aceste definiții ale cecității sunt prea limitative, ele nu țin în nici un fel cont de câmpul vizual, nici de vederea periferică (luată în considerare în Statele Unite). Există nenumărate stări intermediare între cecitatea completă și vederea normală; aceste resturi vizuale condiționează în mare parte evoluția afectivă a fiecărui copil. Momentul apariției cecității joacă de asemenea un rol considerabil. Dezvoltarea copilului va fi foarte diferită dacă el a primit deja

informații vizuale. Nu putem să ne oprim aici asupra tuturor acestor diverse considerații, recomandând în acest caz lectura revistelor de specialitate.

Orientarea pedagogică a copiilor orbi este reglementată, din 1975, prin legea despre orientarea copiilor handicapați (v. cap. 26, 3.3.). Părinții copilului orb pot să primească conform acesteia o alocăție de educație specializată.

Absența unuia dintre principalele canale de aferență senzorială privează copilul orb de una din sursele considerabile de informații și de interacțiuni cu anturajul: acroșarea privirii încă din primele zile, recunoașterea figurii familiare, stadiul oglinzii etc., sunt tot atâtea etape fundamentale de maturare în care complexul privire-percepție vizuală intervine în primul rând. Această privare de aferență vizuală dă seama de dezvoltarea specifică a copilului orb, care nu trebuie să fie considerat ca un copil normal fără vedere, ci mai bine ca un altfel de copil. Astfel, de exemplu, motricitatea copilului mic este considerabil influențată de stimularea vizuală: „*Motricitatea este automotricitate la început. Ea este ulterior motivată în mod special de stimulii vizuali exteriori, iar faptul de a sta așezat și mersul permit explorarea spațiului. Acești stimuli sunt inexistenți la orbi, nevoile lor fiind de altfel satisfăcute de celălalt*”. Studiul bebelușului arată că privirea sa este acroșată de mână sau de obiectul pe care îl ține când acestea trec prin câmpul său vizual; acest acroșaj reprezintă primul timp al reacției circulare primare. În aceste condiții se înțelege cât de profund poate modifica dezaferentarea senzorială procesul maturativ normal.

Dificultățile psihologice ale copilului orb

Dezvoltarea psihomotorie

În primele luni de viață, copiii orbi sunt descriși ca bebeluși calmi, pasivi. Se observă puține activități spontane ale membrilor superioare, care, în absența stimulării, rămân mult timp în poziție neonatală (semiflectate, cu mâinile la înălțimea umerilor), în timp ce motricitatea membrilor inferioare este adesea mai bogată (Burlingham). Apucarea voluntară a obiectelor se face mult mai târziu, iar noțiunea de permanență a obiectului este achiziționată abia după primul an și rămâne mult timp fragilă.

Se observă frecvent un retard al dezvoltării posturale. Mersul este dobândit tardiv (între 2 și 3 ani) și riscă să devină un factor de dependență suplimentară față de anturaj („fii atenți”) dacă nu este ajutat. Acest lucru dă seama de posibila dezinvestire a unor funcții (manipularea obiectului, îmbrăcat, mers) care nu sunt întărite prin răspuns vizual.

Dezvoltarea cognitivă

În afara oricărei afectări specifice legate de o anumită etiologie, dezvoltarea

intelectuală a copilului orb prezintă un anumit retard în raport cu văzătorii, activitatea exploratorie neputând să înlocuiască singură ansamblul de informații furnizate de asocierea manipulării cu vederea. Testele de explorare tactilă, testele de tip spațial (Hatwell, Menaker) pun în evidență un retard constant. Totuși acest retard tinde să se estompeze cu vârsta. Eficiența intelectuală a copiilor orbi prezintă o distribuție sensibil normală, identică cu cea din populația de văzători, dacă se exclud deficiențele intelectuale datorate unui factor particular, evident suprareprezentate în populația de copii orbi (encefalopatie prenatală sau neonatală).

Limbul copilului orb prezintă de asemenea o evoluție specifică. După o apariție în condiții obișnuite, limbul prezintă o stagnare, observându-se o veritabilă regresie în timpul celui de-al doilea an: bagajul verbal crește puțin sau chiar diminuează. Începând cu al treilea an, limbul progresază, dar poate fi utilizat de copil fie ca o autostimulare, fie ca o tentativă repetată de a obține mai bine obiectul. Aceste motivații ar fi la originea **verbalismului** atât de frecvent întâlnit la copilul orb: îndelungă vorbărie solitară, repetiții de cuvinte sau de fraze al căror sens nu este întotdeauna înțeles.

Dezvoltarea afectivă

S-au descris un număr de trăsături care ar fi mai frecvent întâlnite la copilul orb: importanța anxietății, refuzul competiției, lipsa agresivității, sensibilitatea la frustrare. Totuși este important de semnalat aici rolul considerabil pe care îl joacă mediul, deoarece cecitatea, mai mult decât oricare alt deficit, îl face pe copil dependent de acest mediu. Reacțiile familiei la cecitatea copilului sunt întotdeauna vii și intense, mergând de la abandonul afectiv până la hiperprotecție, trecând prin toate combinațiile intermediare. Pentru Max Field „*copilul orb este aiud de dependent față de enturaj, încât cea mai mare parte a posibilităților sale de acțiune la un moment dat este o reflexie a enturajului său*”. După o perioadă de resentiment, mamele traversează frecvent, când copilul are 2 sau 3 ani, o stare depresivă datorată fie culpabilității induse de efectele lor agresive, fie unui sentiment de incompetență. Relația mamă-copil orb riscă să se organizeze în jurul supraprotecției făcută necesară de existența deficitului căci „*puține mame pot să înțeleagă că în realitate copilul nu trăiește un deficit, ci o stare «alifel» decât a copilului care vede*” (Lairy). Enturajul și mai ales mama trebuie în mod necesar să fie ajutați. Totuși, după Lairy și colab., pare important să se nuanțeze aserțiunea foarte generală conform căreia atitudinea inadecvată a mediului ar fi responsabilă de inadaptarea la cecitate: absența vederii face foarte dificilă educarea copilului și justifică toate eforturile de ghidare.

Abordare psihopatologică

Anumite conduite se regăsesc frecvent la copilul orb, dar par să se înscrie într-un registru psihopatologic particular.

— La nivelul organizării motorii, s-au descris frecvente FOBII DE ATINGERE: copilul care retrage mâna sau o redeschide imediat ce s-a închis pe un obiect (Lairy). Acest lucru se leagă de constatarea unui dezinteres frecvent față de manipularea manuală în copilăria mică, în timp ce membrele inferioare sunt utilizate activ. Mai mult, copilul supraprotejat resimte anxitatea mediului față de tentativele sale de explorare tactilă sau, și mai mult, frecvența dezaprobare pe care o suscită acest tip de explorare.

— „BLINDISMELE” reprezintă mișcări particulare ale orbilor: gesturi automate, repetitive, ritmice (balansarea capului, a trunchiului, a membrelor, săritul de pe un picior pe celălalt, degetul în ochi...). Mai frecvente când copilul este singur sau se izolează, se atenuază sau dispar după o activitate fizică. Au fost interpretate ca mișcări de autostimulare. Există nenumărate variante intermediare între mișcările intermitente analoage unor obiceiuri motorii ale văzătorilor și „blindismele”, veritabile stereotipii traducând retragerea autistă.

— PSİHOZA precoce ar fi după unii mai frecventă la copilul orb decât la copilul surd (Freedman). Importanța stereotipilor este de remarcat. Poliandicapul face foarte dificilă abordarea terapeutică.

2. — ENCEFALOPATIILE INFANTILE CU RETARD MINTAL

Retardul mintal atinge aproximativ 1 până la 3% din populație. Dacă în numeroase cazuri nu se poate găsi nici o etiologie precisă, mai ales când retardul este ușor, cu cât acesta este mai grav, cu atât probabilitatea de a găsi o etiologie identificabilă este mai mare. Practic, toate encefalopatiile sunt însoțite de un retard mintal. Lista de etiologii identificabile cuprinde mai mult de 350 de cauze (Luckasson, 1992) și mai mult de 500 de etiologii genetice au fost identificate ca ducând la un deficit intelectual izolat (Harris, 1995). De exemplu, au fost identificate 95 de sindroame de retard mintal legate de cromozomul X (sindromul X fragil reprezintă 40% dintre aceste sindroame legate de cromozomul X).

Trisomia 21, sindromul de cromozom X fragil și fetopatia alcoolică reprezintă 30% din cauzele identificate ale retardului mintal.

Totuși relațiile între o encefalopatie de etiologie determinată și organizarea psihopatologică pe care o prezintă un anumit copil sunt departe de a fi simple. Mult timp limitată doar la deficit, abordarea psihopatologică a copiilor profund encefalopați nu mai poate ignora astăzi ponderea diferiților factori (mediu, familie, instituție, istorie individuală) care vin să moduleze expresia clinică a acestei encefalopatii.

Difficultatea de abordare oscilează întotdeauna între doi poli opuși: pe de o parte, a considera că ansamblul comportamentelor observate nu poate fi decât consecința defectului de echipament neurofiziologic, ceea ce conduce la a considera copilul encefalopat din punctul de vedere al unui singur deficit, pe de altă parte, a considera că doar trăirea individuală, relația deosebită cu mama, pot fi singure responsabile de starea prezentă a copilului, ceea ce duce la negarea sau ignorarea totală a oricărui alt factor etiologic în afara celui existențial. În capitolul consacrat psihopatologiei funcțiilor cognitive (v. cap. 8), am încercat să arătăm natura demersului clinic: după evaluarea eficienței intelectuale și reperarea conduitelor patologice asociate (nivel semiologic), s-a stabilit să se înțeleagă cum se articulează între ele aceste conduite (analiză psihopatologică sincronică) sau de a le restitui procesului maturativ propriu al copilului (analiză psihopatologică diacronică); în sfârșit, pentru a încheia, este necesar să fie căutați factorii care au contribuit la această stare, fie că sunt externi sau interni (nivel etiologic). Primele două nivele fiind deja analizate, ca și rolul factorilor de mediu (familiali, socio-economici printre alții), nu prezentăm aici decât un tablou foarte pe scurt al principalelor etiologii organice responsabile de encefalopatiile infantile, nereținând pentru fiecare dintre ele decât elementele distinctive. Ca exemplu, și datorită frecvenței sale, facem o excepție pentru copilul mongoloid.

2.1. — TRISOMIA 21

Trisomia 21 sau mongolismul sau sindromul Down (Statele Unite) este cea mai frecventă dintre aberațiile cromozomiale autozomale.

Deși tabloul clinic a fost cunoscut încă de la mijlocul secolului al XIX-lea (Seguin 1846), abia în 1959 a fost legat de către Turpin, Lejeun și Gauthier de o anomalie cromozomială: cromozomul 21 suplimentar (45 XY). În 95% din cazuri este vorba de un cromozom liber, în 3% din cazuri este vorba de o translocare și în 2% din cazuri de un mozaic. În prezent se știe că doar o parte din materialul genetic în exces este responsabil de boală, fapt dovedit la copii care nu prezintă decât o duplicare a unei porțiuni din cromozomul 21. Partea incriminată s-ar situa în zona proximală a brațului 21q22.3 a cromozomului 21.

Frecvența apariției este de aproximativ 1 la 700 de nașteri. Singurul factor etiologic sigur este vârsta mamei: înainte de 30 de ani, riscul este de 1 la 3000, între 35 și 39 de ani, 4 la 1000, după 45 de ani, 1 la 50 de nașteri. Pentru toate femeile cu risc (femei în vârstă, existența trisomiei în familie, constatarea unei translocării echilibrate), amniocenteza permite în prezent un diagnostic prenatal în cursul celui de-al doilea trimestru de sarcină, cu posibilitatea întreruperii acesteia. Într-o populație de copii handicapați, frecvența mongolismului este de aproximativ 19% dintre cei cu QI mai mic sau egal cu 65.

Nu descriem tabloul clinic, dar având în vedere frecvența, prezentăm trăsăturile comportamentale cele mai frecvent întâlnite la copiii cu trisomie. Precizăm de la început că nu există un mongoloid-tip, dar fiecare copil rămâne, indiferent de patologie sa somatică, produsul dintre conjugarea unui echipament neurofiziologic de bază și o trăire specifică, putându-se modula până aproape la infinit acest echipament de bază. Această interacțiune constantă dă seama de diversitatea individuală, observându-se astfel copii profund deficitari, alții al căror comportament se apropie de organizarea psihotică, în sfârșit, alții care se comportă ca „debili armonioși” și agreabili, cu un deficit moderat. Trăsăturile pe care le-am descris constituie fondul pe care istoria individuală îl va colora divers.

Dezvoltarea psihomotorie

Este în mod global încetinită, achizițiile fiind împiedicate de hipotonia și hiperlaxitatea ligamentară întotdeauna prezente. În copilăria mică, aceștia sunt sugari calmi, liniștiți, plâng puțin, le place să se alinte, dorm mult, silențioși în timpul zilei, capabili să rămână ore îndelungi inactivi, fără să ceară ceva: pasivitatea, lentoarea și inerția domină tabloul, dar cererea afectivă face ca sugarii să fie foarte grațioși pentru mamele lor. Acestea pot să aibă o reală plăcere cu acești copii deosebit de facili. Mersul este dobândit între 2 și 3 ani. Vorbirea apare spre 4-5 ani, se dezvoltă destul de rapid, dar ajunge repede la un palier. Tulburările de articulare, bălbaia sunt destul de frecvente. Această perioadă de „maternaj fericit” pare să fie la originea obișnuitei cereri afective de gratificare orală: plăcere în relația duală, cerere regresivă, în special nevoite de gratificare orală.

Începând cu 6-7 ani, **instabilitatea** se face din ce în ce mai mult remarcată, fie ea motorie (nu stă într-un loc, trece de la o activitate la alta, face grimase), intelectuală (activitate schimbătoare, capacitate de atenție scăzută) sau afectivă (schimbări bruște de dispoziție). Această instabilitate contrastează efectiv cu perioada de pasivitate precedentă. Ea este adesea la originea dificultăților de inserție în grup a copiilor și confruntă familia cu handicapul care până atunci a putut fi negat sau ignorat.

Dezvoltarea cognitivă

Retardul intelectual este constant, dar de profunzime variabilă. Pe o populație importantă (Moor), curba QI-urilor pare să prezinte o repartiție gaussiană analogă celei din populația generală, dar cu un decalaj de aproximativ 50-60 de procente. S-au observat mongoloidzi „dotati” cu QI de 70 și alții cu QI mai mic de 20. Media se situează în jurul valorii de 40-45. Rezultatele sunt în general omogene, cu o ușoară dispersie a rezultatelor, atât în scalele verbale cât și în cele de performanță (WISC).

Achizițiile pedagogice sunt importante, dar rămân reduse: acces la rudimente de lectură, schițe de operații matematice simple (adunare). Acest nivel este rar depășit, stadiul operațiilor logice nu este în general atins. Aceste elemente sunt importante căci ele situează cadrul evolutiv al copilului mongoloid: învățarea este sigur posibilă dar va rămâne limitată. Aceștia sunt copii deosebit de sensibili la condiționare, mai ales când aceasta este întărită printr-o gratificare (afectivă, alimentară sau de alt fel): o asemenea condiționare poate permite obținerea unor „performanțe” pedagogice uimitoare, dar care pentru copil nu sunt nici semnificative, nici utile și care necesită o reîntărire perpetuă, adesea cu prețul echilibrului afectiv.

Dezvoltarea afectivă

Începând de la 6-7 ani, după copilăria mică, comportamentul se schimbă, după cum am văzut. Totuși, copilul mongoloid rămâne cel mai frecvent un copil vesel, puțin „clovni”, imitându-i pe ceilalți, având nevoie de contacte fizice, sociale, iubind jocurile cărora le sesizează foarte rapid regulile. Este clasic de semnalat că le place muzica, dar par să reacționeze mai ales la melodii și la contactul matern regresiv care o însoțește. Este gurmand, obezitatea este frecventă. Este foarte sensibil la respingere și devine în acest caz opoziționist, încăpățânat, supăraos și coleric. Cu vârsta, începând cu 12-13 ani, se pare că acest versant caracterial devine prevalent. Frustrarea devine dificil de acceptat și suscită fie o mișcare regresivă către o cerere afectivă sau căutarea unei compensații orale, fie o reacție coleroasă.

Conduitele care dovedesc mai direct perturbări psihopatologice sunt destul de rare: s-au semnalat comportamente obsesionale și ritualizate, uneori dificil de distins de răspunsurile la condiționarea stărilor de apragmatism, de mutism. Intensitatea instabilității, înprăștierii, intoleranța extremă la frustrare cu manifestări secundare de retragere evocă adesea o organizare psihotică asociată. Aceasta pune problema stărilor deficitare sau a dizarmoniilor pe versantul psihotic.

2.2. — MARILE CATEGORII DE ENCEFALOPATII

Obiectivul acestui paragraf nu este de a da o descriere detaliată și exhaustivă a diverselor encefalopatii pe care un pedopsihiatru, un psiholog și colaboratorii lor (psihomotrician, ortofonist, asistent, educator etc.) pot să le întâlnească. Explorarea somatică, cercetarea unei etiologii necesită un demers foarte specializat (pediatru genetician, neuropediatru etc.). Este totuși necesară cunoașterea principalelor semne care trebuie să alerteze orice clinician și să conducă la realizarea unui bilanț etiologic în măsura în care progresul geneticii poate influența atitudinile practice (sfat genetic), chiar dacă astăzi tratamentele specifice rămân excepționale.

Encefalopatii congenitale dobândite

Encefalopatiile congenitale se împart în encefalopatii de origine ereditară și encefalopatii de origine dobândită (embriopatii la începutul sarcinii, ulterior fetopatii). Printre cele din urmă cităm:

- toxoplasmoza congenitală (embriopatie care duce adesea la avort, dar putând da naștere la un copil cu sindrom malformativ: hidrocefalie, microcefalie, crize convulsive, coriorietinită);
- encefalopatie rubeolică (microcefalie, microftalmie și cataractă, canal artetial);
- encefalopatii toxice, în special fetopatia alcoolică.

Descris de Rouquette (1957) apoi de Lemoine (1968), Chevrier (1988), sindromul alcoolismului fetal este unul dintre cele mai frecvente cauze identificate ale retardului mental și afectează între 0,1 și 0,3% dintre copii la naștere (Minkowski, 1987). La naștere, copilul hipotrof prezintă un facies particular (frunte bombată, implantare joasă a părului, hipertelorism, epicantus, rădăcina nasului înfundată și nări dilatate, buza superioară fină și bărbia întoarsă) ale cărui caracteristici se atenuează cu vârsta. Alături de aceste trăsături particulare ale feței, alte simptome sunt prezente, apar sau se amplifică cu creșterea. De remarcat:

- anomalii fizice inconstante (cardio-vasculare, la nivelul extremităților membrelor);
- retard staturo-ponderal;
- retard mental ușor sau mediu (QI între 65 și 80, cel mai frecvent);
- tulburări de comportament: instabilitate motorie și atențională.

Cu vârsta au fost descrise multiple simptome (anorexie, tulburări sfinceriene, întârziere a achizițiilor școlare etc.) a căror apariție este sigur o consecință directă a fetopatiei alcoolice, a retardului mental, în timp ce alte simptome par mai degrabă legate de contextul familial și educațional adesea deficitar (Chevrier, 1988).

Diagnosticul la nou-născut, dincolo de elementele citate, se pune pe certitudinea consumului de alcool de către mamă în timpul sarcinii (dozele periculoase fiind de 60 centilitri de vin sau echivalent pe zi: Rosenfeld, 1990).

Ulterior, la copilul mai mare, diagnosticul, adesea necunoscut, trebuie luat în considerare atunci când posibilitatea unui asemenea consum de alcool în timpul sarcinii a putut exista.

Encefalopatiile congenitale ereditare

În cadrul encefalopatiilor denumite ereditare, progresele constante au condus la identificarea din ce în ce mai frecventă a unei anomalii genetice caracteristice câte unui sindrom. Totuși se impun unele remarci:

- cunoașterea anomaliei genetice nu implică totdeauna cunoașterea mecanismului de manifestare a anomaliei;
- cunoașterea anomaliei enzimatice legate de anomalia genetică nu implică totdeauna o cunoaștere a modalităților de acțiune a acestui defect enzimatic;
- în pofida cunoașterii anomaliei genetice, cromozomiale, enzimatice, relația dintre aceste anomalii constatate și fenotipul comportamental observat rămâne adesea misterioasă;
- unele anomalii genetice apropiate, dacă nu chiar similare, pot să conducă la fenotipuri comportamentale foarte diferite (de exemplu : sindromul Willi-Prader și sindromul Angelman).

Dacă identificarea unei anomalii cromozomiale sau genetice reprezintă un progres evident și major, rămâne mult de făcut pentru a înțelege prin ce mecanism se exprimă această anomalie și de ce natură sunt etapele care conduc de la nivelul genic-molecular la nivelul simptomatic-comportamental. Dacă pentru unii autori existența unei trăsături comportamentale specifice constituie un „fenotip comportamental” caracteristic unei etiologii genetice specifice și unice, pentru mulți alți autori o trăsătură comportamentală particulară crește doar probabilitatea de a regăsi o anomalie genetică (Dykens, 1995).

Având în vedere numeroasele studii actuale, problemele clinice și teoretice puse, descriem pe scurt sindroamele X fragil, Angelman, Willi-Prader și Williams-Beuren.

Sindromul X fragil

Practic toți băieții „X fragil” prezintă un retard mental important, caracterizat prin dificultăți ale memoriei de scurtă durată, coordonarea vizualo-motorie fină, înțelegerea proceselor secvențiale, dificultăți de atenție. Subiecții feminini „X fragil” sunt în general asimptomatici sau prezintă un retard mental ușor sau de limită. Unii subiecți prezintă tulburări de limbaj, o hiperactivitate, stereotipii,

evocând un sindrom autist asociat. Totuși, subiecții „X fragil” nu au atitudinea de retragere și de refuz al contactului.

Adolescența constituie adesea o treaptă în atingerea capacităților de dezvoltare și adaptative de la care pentru unii subiecți urmează o regresie.

Prevalența ar fi de 0,5-1 la 1000 în populația generală, iar printre subiecții autiști s-ar regăsi 5% cu X fragil.

Anomalia genetică a fost identificată în 1969, apoi a fost reperat un locus (FMR-1) marcat printr-o fragilitate structurală (în Xq 27.3) a unei secvențe de nucleotide prezentând o repetiție anormală a secvenței de trinucleotide citozină-guanină-guanină (CGG), care la subiecții normali se poate repeta de 0 până la 50 de ori, la subiecții cu „premutație” (asimptomatici) se repetă de 50 până la 200-500 de ori și la subiecții afectați (mutație completă) se repetă de mai mult de 3000 de ori. De la o generație la alta, se pare că anomalia poate trece de la „premutație” la „mutație completă” definind astfel un model de „mutație dinamică” care explică dificultățile de analiză a transmiterii genetice după modelele clasice.

Acest tip de transmitere a servit drept model pentru alte patologii cu mutații dinamice (coreea Huntington, distrofia mioclonică etc.).

Sindromul Angelman

Descris de Angelman în 1965, acest sindrom afectează băieții și fetele și asociază:

- debilitate mentală profundă cu absența limbajului;
- tulburări de comportament specifice, cu accese de râs frecvente și un „comportament vesel” obișnuit. Simptome de alură autistă sunt frecvente: stereotipii, hiperactivitate...;

- tulburări ale comunicării non-verbale cu o incapacitate de a fixa atenția. Se observă de asemenea un sindrom dismorfic (microcefalie, brachicefalie, prognatism...) uneori discret, anomalii neurologice (ataxie, tulburări de tonus, epilepsie), oftalmologice (hipopigmentație, strabism, nistagmus...).

Diagnosticul suspectat uneori de la 12-18 luni, este pus cel mai frecvent cu întârziere. Prevalența clar scăzută este probabil subestimată.

Evoluția este variabilă și pare să depindă de aplicarea și eficacitatea unor tratamente simptomatice (anticomijiale). Stabilizări și reprize lente de dezvoltare par posibile.

Anomalia genetică regăsită în 70-80% din cazuri afectează cromozomul 15 în regiunea 15q 11-13. Este vorba de cromozomul de origine maternă, contrar anomaliei genetice înfățișată în sindromul Willi-Prader (v. mai jos). Această regiune 15q11-13 conține genele grupate în fenomenele „amprente genomice” (fenomen care arată că o alelă nu este activă decât pe cromozomul patern sau pe cel

matern). Un alt mecanism numit „disomie uniparentală” survine în 3-4% din cazuri, când cei doi cromozomi 15 sunt moșteniți de la tată (acest mecanism este într-un anumit fel analog deleției).

Sindromul Willi-Prader

Acest sindrom se caracterizează prin hipotonie infantilă, hiperfagie cu căutare avidă a hranei, obezitate patologică și un retard mental ușor sau mediu. Unele tulburări de comportament (instabilitate emoțională, crize coleroase, anxietate, tulburări de dispoziție, simptome obsesiv compulsive) se asociază uneori (State, 1997).

Anomalia genetică identificată este situată pe cromozomul 15: microdeleție în 15q 11-13. Este vorba de cromozomul 15 de origine paternă (contrar sindromului Angelman: microdeleție în 15q 11-19 pe cromozomul de origine maternă).

Studii recente par totuși să arate că cele două regiuni critice din sindroamele Willi-Prader și Angelman sunt distincte (Fischer, 1996).

Sindromul Williams

Acest sindrom rar (1 caz la 20 000) asociază un retard mental, o stenoză supravalvulară aortică, un faciès de „elf”, hipercalcemie infantilă și o întârziere de creștere.

Sindromul este interesant în sensul particularităților retardului mental. Există o distanță între performanțele cognitive și lingvistice: limbajul este bun atât în plan lexical cât și sintactic, este chiar descris ca abundent, pseudomatur și „monden”; în schimb se remarcă un deficit care poate să fie sever în domeniul vizual-spațial, cu performanțe heterogene: slabă capacitate de reprezentare picturală și de orientare spațială coexistând cu o foarte bună capacitate de a recunoaște figurile și literele. Capacitățile de raționament logico-matematic sunt deficitare.

Pe de altă parte, se observă o instabilitate emoțională, o hiperactivitate frecventă, o neatenție, o sensibilitate exagerată la zgomete, tulburări de coordonare motorie, tulburări de comportament inconstante.

În schimb, copilul caută contactul cu un fel de sociabilitate adezivă. Tabloul clinic amintește de copiii dispraxici (v. cap. 5.4.) (Mejac și Bailly, 1994).

Anomalia genetică constă într-o deleție a cromozomului 7, în 7Q 11-23 implicând, printre altele, gena elastinei, dar nu numai.

„Atle” encefalopatii congenitale

Le enumerăm aici pe cele mai frecvente, fără însă să le descriem.

Encefalopatiile cu deficit enzimatic

— FENILKETONURIE. — Oligofrenie progresivă uneori cu convulsii sau spasme în flexie. În plan clinic, semnalăm hipopigmentarea părului (copiii blonzi cu ochi albaștri). Frecvența este de 1 la 20 000 de nașteri. Diagnostic neonatal prin *testul Guthrie*.

— GALACTOZEMIE sau fructozemie congenitală. Se observă o hepatomegalie, accidente hipoglicemice. Diagnostic orientat de existența unei melitirii.

Cităm MALADIA HARTNUP, leucinoza, homocistinuria (grupa amino-acido-patiilor).

— MALADII DE SUPRAÎNCĂRCARE. — Acestea corespund blocajelor metabolice care determină acumularea unei substanțe plasată în amonte de blocaj: această acumulare progresivă dă seama de existența în mod frecvent a unui interval liber de durată variabilă (câteva luni, chiar câțiva ani) și de agravarea simptomelor marcate printr-o regresie, în special a achizițiilor psihomotorii (zâmbet, apucat, mers etc.). Printre aceste maladii, cităm:

- *sîngolipidozele*:
 - maladia Tay-Sachs: debut neonatal, existența cloniilor audiogene, pată roșie la baza urechii începând de la 2-3 luni;
 - maladia Gaucher, cu cele două forme: precoce sau juvenilă;
 - maladia Niemann-Pick;
 - leucodistrofia metacromatică: maladia Scholz-Greenfield apărând spre 12-18 luni;
 - maladia Krabbe (debut între 4-7 luni);
 - *mucopolizaharidozele*:
 - maladia Hurler: debut în timpul celui de-al doilea an. Debilitate progresivă. Hidrocefalie și posibilă afectare senzorială (surditate, ambliopie);
 - maladia Hunter, San Filipo;
 - *Boala Wilson*: debut spre zece ani. Semne neurologice (distonie, tremor).
- Diagnosticul : existența unui inel verde pericornean bilateral. Biologie: scăderea ceruloplasminei cu creșterea cupremiei.

Malformații cerebrale

- Microcefalie congenitală, porencefalie sau hidrocefalie.
- Craniostenoză.
- Displazii diverse: maladia Crouzon, discefalia cu cap de pasăre, sindromul Cockayne, sindromul Laurence-Moon-Biedl etc.

Grupa neurodermatozelor

Se grupează sub acest nume ansamblul bolilor ereditare la care sunt asociate

un sindrom neurologic și manifestări cutanate. Debilitatea este cvasiconstantă și profundă. Cităm:

- *neurofibromatoza Recklinghausen*: semnele cutanate sunt tumori moi sau mai ales pete cafea cu lapte. Semnele neurologice sunt mai variate, traducând existența neuroinovațiilor cu diverse localizări (nervi cranieni, măduvă);
- *scleroza tuberoasă Bourneville*: semnele cutanate, și anume adenoame sebacee în „aripi de fluture” în jurul rădăcinii nasului, sunt foarte caracteristice;
- *maladia Sturge-Weber*: nevii de la nivelul feței, întârzierea mintală și epilepsia formează triada caracteristică.

Encefalopatiile endocrine și metabolice

Hipotiroidia congenitală are un prognostic mult ameliorat prin opoterapie. Totuși rămâne sumbru în atireoză unde la aproape toți copiii se declanșează debilități profunde.

Semnalăm în plus encefalopatiile legate de *hipoglicemie*, *hipercalcemie* (sindromul Fanconi-Schlesinger).

Encefalopatii neonatale

Acestea sunt mult mai frecvente. O prevenție bine concepută ar trebui să le diminueze. Ele nu sunt evolutive, ci sunt cicatriceale, consecință a leziunii SNC din momentul nașterii. Originea cea mai frecventă:

- traumatismele obstetricale: leziunile cerebrale pot fi datorate anoxiei cerebrale, edemului, hemoragiei meningeale, mai rar obstrucției vasculare. În plan clinic, se pot observa toate tablourile de la encefalopatia profundă izolată până la afectările motorii tip *hemiplegie cerebrală infantilă* sau *boala Little* fără deficiență mintală. În realitate, asocierea tulburărilor neurologice diverse cu o deficiență mintală este frecventă;
- prematuritatea: se suprapune frecvent (v. cap. 25, 2).

Encefalopatiile dobândite

Grupa encefalitelor

În faza acută se observă un tablou de suferință cerebrală difuză: alterarea conștiinței, semne de hipertensiune intracraniană, tulburări neurovegetative, rigiditate de decerebrare, crize epileptice, semne meningeale, într-un context inflamator. Există adesea semne de localizare neurologică.

Problema pentru pedopsihiatri se situează în special în perioada tardivă. De fapt, vindecarea poate fi completă, dar persistă adesea sechele sau se asociază deficiența mintală de profunzime variabilă și tulburări de comportament uneori foarte intense. În unele cazuri, se observă conduite regresive a căror intensitate poate evoca stări de demență infantilă sau tulburări de aspect psihotic. Cităm:

- *encefalita herpetică* caracterizată prin importanța relativă a semnelor de localizare;
- *encefalita post-rujeolică*, cea mai frecventă dintre encefalitele postinfecțioase;
- mai deosebită, *leucoencefalita* sclerozană subacută Van Bogaert debutează în a doua copilărie cu o deteriorare mintală progresivă, mișcări anormale de tip mioclonic. EEG-ul este caracteristic: unde ascuțite urmate de unde lente cu apariție periodică pe tot scalpul.

Maladia Schilder

Apare în a doua copilărie cu deteriorare mintală progresivă și deficit senzorial progresiv (vederea). Evoluția se face prin pusee în cursul cărora pot să apară tulburări de comportament, întrerupte de scurte remisiuni. Decesul este constant după 12-18 luni de evoluție.

Encefalopatiile sechelare

Toate afecțiunile SNC pot, după o fază acută, să lase sechele psihice, care nu au de obicei nimic specific. Doar studiul antecedentelor poate permite legarea encefalopatiei constatate de o etiologie particulară:

- tumori cerebrale;
- intoxicații diverse (saturină, cu monoxid de carbon);
- meningite și meningoencefalite bacteriene sau tuberculoase.

Sechelele traumatismului cranian

Le izolăm datorită frecvenței lor, căci traumatismul cranian este localizarea cea mai obișnuită din patologia traumatică a copilăriei. Sechelele psihice sunt apreciate în mod diferit, în funcție de autori.

Sindromul subiectiv pare mai rar decât la adult (cefalee, vertij, fatigabilitate...). Dispare după 1-2 ani.

— TULBURĂRI INTELECTUALE. — Acestea sunt în raport cu gravitatea traumatismului: când coma depășește 8-10 zile, sunt foarte frecvente. Tulburările mnemice sunt importante prezentând amnezie de fixare, ceea ce duce la rezultate paradoxale în studiul funcționării mintale: raționamentul logic poate fi conservat, dar premisele raționamentului sunt uitate.

Global, nivelul intelectual este foarte heterogen și prezintă o deteriorare de profunzime variabilă. Tulburări mai specifice sunt posibile: tulburări de limbaj, dispraxie fină, tulburări de recunoaștere a formelor și a organizării spațiale. Aceste tulburări trebuie să fie analizate cu precizie deoarece un ajutor pedagogic special poate evita prăbușirea copilului în eșec școlar total.

— **TULBURĂRI DE PERSONALITATE.** — Acestea sunt dominate de rigiditate caracterială, impulsivitate, labilitate emoțională. Se observă uneori un apragmatism important sau conduite regresive, cert constante în faza acută, dar care se permanentizează. Testele proiective pun în evidență frecvența lipsă de participare afectivă, frecvența conflictelor, tendința la perseverare în răspunsuri.

Anturajul, mai ales familia, joacă un rol considerabil în evoluția ulterioară (Max, 1997) și posibilitățile de reinserție. Mai mulți autori (Rum) au observat frecvența superioară a sechelelor atunci când familia este deficientă. Acest lucru pune problema reconstrucției *a posteriori* a istoriei copilului de către părinți: astfel anumite familii atribuie sistematic și indistinct toată perturbarea sau devianța de dezvoltare a copilului lor unui factor extern și contingent. Realitatea unei afectări a SNC, cel mai frecvent traumatică, uneori infecțioasă (encefalită) riscă atunci să funcționeze ca un ecran pe care se proiectează diferitele conflicte intrafamiliale. Aceasta explică în parte diferențele de frecvență cu care autorii raportează existența sechelelor. Atitudinea societății, cererea de expertiză și de reparație vin, în cazul traumatismului cranian, să complice și mai mult diversele interacțiuni. Copilul „expertizat” se organizează în jurul traumatismului și a sechelelor sale, ceea ce poate contribui la fixarea tulburărilor.

Examinarea unui copil encefalopat

În fața unui copil encefalopat, întrebările obișnuite pe care și le pune clinicianul sunt acelea despre etiologie și despre investigațiile clinice necesare. Când să înceapă să efectueze explorările complementare și unde să se oprească? Cu toate că aceste întrebări sunt ușor de formulat, nu este întotdeauna ușor de răspuns la ele. Vom prezenta rapid acest demers esențialmente practic.

Interviul

Interviul rămâne o etapă esențială și trebuie să se refere la:

- **antecedentele copilului** care pot ele singure să fie relevante: suferință neonatală, antecedente neonatale, antecedente de encefalită, de traumatism cranian;
- **antecedentele familiale** care trebuie analizate cu grijă:
 - cazuri identice în familie, la ascendenți sau colaterali (veri);
 - trăsături morfologice particulare;
 - consanguinitate.

— **STUDIUL EVOLUTIEI MORBIDE.** — Este fundamental: tulburările au apărut de la început sau după un interval liber?

— **S-A OBSERVAT O REGRESIE PSIHOMOTORIE?** — Această noțiune este unul dintre cele mai bune elemente de apreciere a evoluției unei encefalite: este vorba despre

regresia în conduitele motorii (pierderea mersului, a statului în picioare sau așezat, pierderea capacității de a apuca, de a zămbi etc). Trebuie să fie distinsă de o stagnare a achizițiilor, care antrenează o anumită regresie în raport cu vârsta, dar la care achizițiile sunt conservate.

Examenul fizic

Acesta constă în:

- **observarea comportamentului spontan:** gestualitate, tonicitate, mișcări anormale;
- **examenul neurologic:** măsurarea perimetrului cranian, studiul tonusului, deficitului motor, a afectărilor senzoriale sau motorii, a nervilor cranieni.

Examenul general

Constă în:

- cercetarea malformațiilor particulare ale feței, extremităților, membrilor;
- verificarea stării pielii (nevi, adenoame sebacee, angioame);
- cercetarea hepatosplenomegaliei, a cardiopatiei etc.;
- examenul oftalmic, auditiv.

Prin această explorare pur clinică, anumite etologii se evidențiază cu evasi-certitudine: IMC, trisomie, Bourneville, Crouzon etc. Explorările trebuie în acest caz să fie reduse la strictul necesar. Adesea, în special atunci când se regăsește un context familial, când se observă o evolutivitate, explorările complementare se dovedesc necesare. Aceste explorări nu sunt totdeauna inutile căci, chiar dacă este adevărat că ele duc doar rareori la un tratament specific, în schimb pot conduce familia la un sfat genetic și/sau la măsuri preventive din ce în ce mai frecvente (dozare enzimatică *in utero*).

Examele complementare

Tomodensitometrie și RMN (v. cap. 3, 2.1.) au revoluționat demersul diagnostic prin inocuitate și valoarea informațiilor obținute, deoarece doar ele pot permite diagnosticul tumorilor cerebrale, hidrocefaliilor, unor neuroectodermoze, diverselor leucodistrofii (Schilder, Krabbe). Acestea reprezintă în zilele noastre primul pas înaintea tuturor investigațiilor SNC. Arteriografiile diverse, encefalografiile gazoase, scintigrafiile vor preciza în mod secundar o tulburare sau alta. **Electroencefalograma**, de practică atât de curentă, aduce în realitate puține informații, mai puțin excepțiile (maladia Van Bogaert), în afara epilepsiei propriu-zise.

În sfârșit, **multiplele examene hematologice, enzimatic, biochimice** nu trebuie să fie cerute decât dacă elementele clinice orientează într-un astfel de sens investigația și la statul unui neuropediatru.

Cariotipul și investigația genetică trebuie să fie practicate, dar plecând de la elemente de prezumție clinică în scopul cercetării unei anomalii precise.

3. — INFIRMITATEA MOTORIE CEREBRALĂ

Infirmitatea motorie cerebrală constituie al treilea grup de deficiențe ale copilului (19% dintre copiii handicapați). După deficiențele senzoriale și encefalopatii, este vorba aici de afectarea capacităților motorii ale copilului. Gradul de infirmitate este foarte variabil, mergând de la o discretă spasticitate care afectează puțin mersul, până la marile retracții care fac cvasi-imposibilă întreaga motricitate.

3.1. — NATURA INFIRMITĂȚII

Etiologia infirmității motorii cerebrale este aproape întotdeauna legată de condițiile de la naștere: traumatism obstetrical (56%), prematuritate (30%), patologie neonatală diversă (icter nuclear). Această etiologie subliniază importanța prevenției în scopul diminuării sensibile a frecvenței.

Localizarea tulburărilor este variabilă: afectarea unui singur membru (monoplegie), a unei jumătăți de corp (hemiplegie), a două membre (biplegie: boala Little), a membrilor inferioare (paraplegie), a celor patru membre (tetraplegie).

Natura neurologică a leziunilor este de asemenea variabilă:

- tulburări de tonus: hipotonie frecventă la debut, după care urmează în general o hipertonie, o spasticitate cu risc major de retracție și anchiloză în poziție vicioasă și dureroasă (picior chircoit sau „ecvin”);
- paralizie motorie totală sau parțială (pareză) cu riscul evoluției către o atrofie progresivă a grupului muscular afectat și al încetării creșterii;
- mișcări anormale de tip atetozic care afectează profund gestualitatea intențională și uneori și posibilitățile articulatorii;
- tulburări cerebeloase cu ataxie statică și kinetică ce afectează de asemenea posibilitățile motorii și mai ales mersul.

3.2. — TULBURĂRI CONSECUTIVE

Limbajul se dezvoltă chiar în cazul leziunii cerebrale stângi congenitale (afazia congenitală adevărată este excepțională). În schimb, afectarea motorie a aparatului fonator și de articulare (atetoză) poate determina tulburări de articulare.

Nivelul intelectual este teoretic normal, în ceea ce se numește infirmitate motorie cerebrală „pură”. În realitate polihandicapul este frecvent. Doar 47% din infirmitățile motorii cerebrale au un QI normal sau superior. Ceilalți prezintă o deficiență mintală (ușoară 17%, medie 16%, profundă 20%) care constituie un handicap suplimentar pentru posibilitățile de reeducare.

În sfârșit, semnalăm frecvența altor deficiente asociate: epilepsie, deficit senzorial complet sau mai ales parțial.

Studiul organizării cognitive relevă frecvența tulburărilor de orientare temporo-spațială și a schemei corporale, ușor comprehensibile din cauza afectării motorii.

Tulburările afective depind în același timp de gradul afectării cerebrale (profundimea debilității) și de reacția copilului și a familiei sale la handicap. Copiii cu infirmitate motorie cerebrală sunt adesea descriși ca inhibați, facili, submisivi și pasivi. Adolescența, în schimb, poate fi o etapă dificilă, marcată de perceperea dureroasă a unei imagini fizice diferite, „anormale”, devalorizată și devalorizantă. Intensitatea acestor reacții depinde în parte de modul în care handicapul a fost acceptat sau refuzat de către familie încă din mica copilărie.

În această privință, Winnicott reamintește că un copil trebuie să fie iubit așa cum este, cu handicapul său și nu cum ar trebui să fie, căci normalitatea, pentru un copil, este ceea ce el este. Doar această acceptare inițială poate permite copilului o investiție pozitivă într-o imagine de sine satisfăcătoare.

BIBLIOGRAFIE

- AURIAGUERRA J. DE, ABENSEN J.: Désordre psychopathologique chez l'enfant sourd. *Psychiatrie enfant*, 1972, 15 (1), 217-244.
- ANDREY B., VIDOVIC-SIF S.: Phénomènes de régression et processus de restructuration de la personnalité dans quelques cas d'enfants et d'adolescents traumatisés crâniens graves. *Psychiatrie enfant*, 1977, 20 (1), 179-222.
- ANGELMAN H.: „Puppet” children: a report of three cases. *Dev. Med. Child. Neurol.*, 1965, 7, 681-688.
- BOLTANSKI E. (sous la direction de): *L'enfance handicapée*. Privat, Toulouse, 1977.

- BOUTON C.P.: Le développement du langage: aspects normaux et pathologiques. Troubles dus à des altérations auditives majeures. Masson, Paris, 1979, 178-190.
- BRINICH P. M.: Application of the matapsychological profile to the assessment of deaf children. *Psychoanalytic Study Child*, 1981, 36, 3-32.
- CHEVRIER A.: Réflexions sur le syndrome d'alcoolisme foetal, *Nervure*, 1988, 1^{ere} partie: 4, 59-63; 2^e partie 5, 52-61.
- COSNIER J.: La communication non verbale de l'enfant sourd. *Psychiatrie enfant*, 1978, 21 (1), 171-208.
- DEBULY S.: *Aspects pédiopsychiatriques du syndrome d'Angelman: à propos de 6 cas*. Thèse médecine, Tours, 1997, 1 vol., 153p.
- DIAMENT A. J., SCHMIDT B. J., ROSEMBERG S.: Le diagnostic neuropédiatrique de la déficience mentale. *Annales Nestlé*, 1978, 75, 7-50.
- DYKENS E.M.: Measuring behavioral phenotypes: provocations from the „new genetics“, *Am. J. Retard.*, 1995, 99, 522-532.
- FISCHER K. M.: Genes for Prader-Willi syndrome/ Angelman syndrome and Fragile X syndrome are homologous, with genetic imprinting and unstable trinucleotide repeats causing mental retardation, autism and aggression. *Medical Hypotheses*, 1996, 47, 289-298.
- FOCAULT O.: Le syndrome du chromosome X fragile. *Neuropsychiatrie Enf. Ado.*, 1988, 36 (4), 147-154.
- GARELLI M., MARTIN C.: L'appréciation du niveau mental dans l'infirmité motrice cérébrale. *Rev. prat.*, 1969, 19 (10), 1551-1561.
- HARRIS J. C.: *Developmental Neuropsychiatry*, Oxford University Press, 1995, vol. 2, 103.
- KING B. H., STATE M. W., SHAH B., DAVANZO P., DYKENS E.: Mental retardation: a review of the past 10 years, Part 1. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997, 36, 1656-1663.
- LAIRY G. C., NETCHINE S., NEYRAUT M.T.: L'enfant déficient visuel. *Psychiatrie enfant*, 1962, 5 (2), 357-440.
- LANG J.L.: *Introduction à la psychopathologie infantile: psychologie et psychopathologie de l'enfant mongolien*. Dunod, Paris, 1979, 1 vol., 113-145.
- LUCKASSON R., COULTER D., FOLLOWAY E.A. et al.: Mental retardation definition, classification and systems of supports. *American Association on Mental Retardation*, Washington D.C., 1992, 9^e éd.
- MAX J.R., ROBIN D.A. et al.: Traumatic Brain Injury in Children and Adolescents: psychiatric disorders at two years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997, 36, 1278-1285.
- MELIAC C., BAILLY L.: Le syndrome de Williams-Beuren, une recherche sur les particularités des processus de pensée, *Perspectives Psychiatriques*, 1994, 33, 41, 50-52.
- MINKOWSKI A.: *L'art de naître*, O. Jacob éd., Paris, 1987, 1 vol.
- NUMERO SPECIAL: L'enfant aveugle. Articles de Vincelet, Redlet, Martinez, Lissonde etc. *Perspectives psychiatriques*, 1978, 16 (67), 207-289.
- NUMERO SPECIAL: L'enfant handicapé physique: Développement affectif et cognitif. Articles de Bideaud, Colin, Domergue, Nurit etc. *Neuropsychiat. de l'enf.*, 1980, 28, (1-2), 1-67.
- OSSON D., DHELLEMS P., ANSAR C., NZEYIMANA C.: Les troubles psychiques éloignés des enfants traumatisés crâniens. *Neuropsychiat. de l'enf.*, 1979, 27 (9), 401-407.
- ROSENFELD J., BUISSART-BLONDEAU F., GIRAUD S., DEVANNE I.: *Le bébé et l'alcoolisme, Nervure*, 1990, 4, 30-46.
- ROUGIER B., SALBREUX R., DENIAUD J.M., TOMKIEWICK S.: Prise en charge des handicapés en fonction de leur handicap et de la catégorie socioprofessionnelle de leurs parents. *Neuropsychiat. de l'enf.*, 1979, 27 (1-2), 29-44.
- SALBREUX R., DENIAUD J.M., TOMKIEWICZ S., MANCIAUX M.: Typologie et prévalence des handicapés sévères et multiples dans une population d'enfants. *Neuropsychiat. de l'enf.*, 1979, 2 (1-2), 5-28.
- STATE M.W., KING B.H., DYKENS E.M.: Mental retardation: a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997, 36, Part 1: 1656-1663, Part 2: 1664-1671.
- TURPIN J.C.: Encéphalopathies du nourrisson et du jeune enfant. EMC, Paris, 1973, *Pédiatrie* 4093 C 10.
- WILLIAMS J.C., BARRAT-BOYES B.G., LOWE J.G.: Supravalvular aortic stenosis, *Circulation*, 1961, 24, 1311-1318.
- WILLS D.M.: Some notes on the application of the diagnostic profile to young blind children. *Psychoanalytic Study Child*, 1981, 36, 217-237, 237.

15 EPILEPSIA COPILULUI*

1. — DEFINIȚIE, GENERALITĂȚI, EPIDEMIOLOGIE

Epilepsia este o afecțiune caracterizată prin apariția repetitivă a crizelor cu aspect clinic variabil, dar întotdeauna datorate unei descărcări hipsincrone a unui grup de neuroni. Simptomele clinice sau paraclinice observate în esență doar în timpul crizelor sunt ocazionale, dar nu există epilepsie fără crize clinice.

Astfel definită, epilepsia este frecventă la copil și adolescent, căci 50% din crize apar înainte de 10 ani și 70% înainte de 20 de ani. La copil, incidența medie (numărul de cazuri noi la 1000 de subiecți) este de 0,6 ‰ până la 1,2 ‰ iar prevalența (număr de bolnavi pentru 1000 de cazuri) de 6 până la 8 ‰. Aceste cifre descresc în populația adultă, ceea ce arată că un anumit număr de epileptici se vindecă.

Epilepsia sau mai bine spus epilepsiile copilului constituie una dintre afecțiunile neurologice cele mai severe. Mecanismul lor fiziologic este în mod clar mai bine cunoscut o dată cu progresele în domeniul GABA și aminoacizilor excitatori. Aceste progrese au condus și la o dezvoltare în cercetarea asupra antiepilepticeilor. Ameliorarea tehnicilor de înregistrare EEG, a imagisticii cerebrale (RMN, debit sanguin, tomografie prin emisie de pozitroni PET, tomografie prin emisie de foton unic: SPECT) permit o mai bună abordare a etiologiei epilepsiilor lezionale.

În prezent, se descriu trei mari tipuri de epilepsie.

* Capitol scris cu amabila colaborare a Dr Catherine Billard, neuropediatru la CHU Bretonneau de Tours.

1.1. — EPILEPSII PRIMARE GENERALIZATE

Acestea sunt caracterizate prin:

- în plan clinic o alterare sau abolire a conștiinței, cu manifestări motorii (convulsii tonice și/sau clonice, pierdere a tonusului bilaterale și simetrice;
- în plan electric, o serie de paroxisme care se desfășoară în mod generalizat în cele două emisfere, repartizate în mod sincron și simetric.

1.2. — EPILEPSII SECUNDARE GENERALIZATE

Acestea traduc existența leziunilor cerebrale difuze sau extinse. Crizele sunt foarte variabile în plan clinic, iar corespondența lor electrică este cel mai frecvent asimetrică și asincronă. Ritmul de fond în intervalul interictic este totdeauna perturbat.

La copil, aceste epilepsii secundar generalizate (sindromul West, epilepsia mioclonică, sindromul Lennox-Gastaut) corespund fie leziunilor multifocale (scleroza Bourneville, malformații, leziuni clasice sau degenerative), fie unui proces criptogenetic de etiologie nedeterminată. Unii autori le numesc „encefalopatii epileptogene”.

1.3. — EPILEPSII PARȚIALE SAU FOCAL

Simptomele clinice sunt foarte diverse în funcție de aria corticală implicată; ele sunt fie elementare, fără alterări ale conștiinței (convulsii localizate, simptome senzitive sau senzoriale, simptome vegetative: salivă, paloare...), fie cu o semiologie complexă, asociind o obnubilare sau chiar o suprimare a conștiinței și comportamente diverse (automatism psihomotorii, oro-alimentare sau verbale, manifestări psihosenzoriale de tip iluzie sau halucinație, manifestări psihice). În plan electric, paroxismele sunt foarte localizate, uneori chiar dificil de reperat. Epilepsiile focale pot fi lezionale indiferent de originea lor (congenitală sau dobândită), vizibile sau nu la examinările imagistice. Pot să fie funcționale fără leziune cerebrală și cu prognostic excelent. Epilepsiile focale funcționale cele mai frecvente sunt epilepsiile cu paroxisme rolandice (EPR : v. 2.2.) care se vindecă în preajma adolescenței și crizele parțiale izolate ale adolescentului descrise de Loiseau.

Frecvența relativă a acestor trei tipuri de epilepsie nu este aceeași la copil și la adult. Copilul prezintă mai frecvent crize generalizate primare, apoi crize parțiale funcționale și, în sfârșit, crize generalizate secundare.

Ereditatea epilepsiei nu răspunde unui mecanism simplu. În afara bolilor ereditare cunoscute asociate unei epilepsii (neuroectodermoza de exemplu), nu s-a pus în evidență un mod de transmitere genetică precisă, decât în anumite sindroame epileptice (convulsii neonatale familiale, Epilepsia Mioclonică Juvenilă). După alți autori, epilepsiile criptogenetice se regăsesc mai frecvent printre ascendenții sau colaterali unui subiect afectat față de populația de control. Concordanța la gemenii univitelini este mare (62%: Lennox), dar nu totală. În concluzie, dacă o „sensibilitate” ereditară este posibilă, nici un mod de transmitere monogenică nu este cunoscut.

Maturizarea cerebrală progresivă a sugarului, apoi a copilului, explică evoluția semiologiei crizelor în funcție de vârstă. Cortexul nou-născutului și al sugarului prezintă o slabă capacitate de difuzie (deoarece mielinizarea conexiunilor interemisferice nu este decât schițată). Pragul epileptogen variază cu vârsta, o dată cu înmulțirea interconexiunilor: acest lucru dă seama de frecvența crizelor localizate, migratorii la sugar, apoi de apariția progresivă a crizelor generalizate. Dată fiind evoluția, vom distinge formele de epilepsie ale copilului în funcție de vârstă.

2. — STUDIU CLINIC

2.1. — CONVULSIILE NOU-NĂSCUTULUI ȘI ALE SUGARULUI (0-3 ANI)

Nu vom face decât să le cităm, deoarece, pentru numeroși autori, aceste convulsii nu intră în cadrul epilepsiei. Este vorba cel mai frecvent de forme localizate a căror etiologie este legată fie de patologia neonatală (traumatism obstetrical, infecție neonatală, hipoglicemie, hipocalcemie...), fie de sindroame epileptice recent apărute și cu prognostic adesea excelent, cum sunt convulsiiile numite de ziua a 5-a cu etiologie misterioasă sau convulsiiile neonatale familiale benigne legate de cromozomul 20. La sugar apar sindroamele West, în timp ce epilepsiile parțiale se observă la toate vârstele.

Convulsiiile febrile, foarte frecvente, trebuie să fie eliminate din cadrul epilepsiei: ele apar la o febră mai mare de 38 grade C, între 6 luni și 5 ani. Criza este de regulă de scurtă durată. Evoluția este favorabilă. Problema este mai ales „dedramatizarea” situației. Singura regulă este de a ști să oprești excepționalele crize focale motorii mai ales unilaterale, care nu încetează spontan, cu ajutorul Valiumului IM sau cu alte medicamente indicate pentru starea de rău epileptic.

Riscul epilepsiei ulterioare nu este mai ridicat ca în populația normală decât atunci când se asociază mai mulți factori numiți „de risc” (crize prelungite sau repetate, anomalii paroxistice ale EEG-ului etc). Tratamentul este în primul rând preventiv, prescrierea antiepilepticelor pe termen lung este rar justificată.

2.2. — EPILEPSIA LA COPILUL ÎNTRE 3 ȘI 12 ANI

Două forme clinice de epilepsie sunt caracteristice acestei vârste: *petit mal* și epilepsia paroxistică rolandică. Sindromul Lennox-Gastaut și celelalte epilepsii mioclonice debutează de asemenea în aceeași perioadă. Noi le grupăm împreună cu celelalte encefalopatii epileptogene (v. 2.4.).

Petit mal

Debutează între 3 și 9 ani; frecvența crizelor scade începând cu vârsta de 10-15 ani, pentru a dispărea apoi complet în majoritatea cazurilor. Într-o treime din cazuri apar în mod secundar alte forme de epilepsie generalizată (*grand mal*, mioclonii).

În plan clinic, epilepsiile *petit mal* aparțin clasei epilepsiilor primare generalizate și se caracterizează prin absențe. Absențele „*petit mal*” tipice sunt simple: suprimare izolată a vigilenței și a contactului la debut și sfârșit brusc cu reluarea activității de acolo de unde absența o întrerupsese, și cu durată de mai puțin de un minut. Se pot asocia câteva clonii ale pleoapelor care se pot extinde la tot capul, o revulsie oculară sau un enurezis. Sunt posibile discrete manifestări automate prelungind activitatea subiectului înainte de debutul absenței dar automatismele mai marcate (deglutiție, activitate lipsită de sens) sau fenomene vegetative sunt mai frecvent datorate absențelor „parțiale” frontale sau temporale: acestea din urmă ies complet din cadrul „*Petit Mal*”.

„*Petit Mal*” este singura epilepsie care nu poate fi diagnosticată decât pe înregistrarea EEG a unei crize. Aceasta este de regulă ușor declanșată prin hipernee. Ea se caracterizează printr-un bufeu de vărfuri-unde generalizate și sincrone cu 3 cicli pe secundă cu debut și final clare. Un asemenea „*Petit Mal*” nu necesită nici o explorare complementară, contrar absențelor cu automatisme.

Epilepsia paroxistică rolandică (EPR)

Este cea mai frecventă și cea mai benignă din epilepsiile copilului (15 până la 20% din cazuri), adesea nocturnă. Clinic se observă:

— crize motorii cel mai frecvent parțiale și în raport cu somnul (noaptea, adormire sau trezire). Crizele oro-buco-faringiene, cu salivă și zgomete buco-faringiene sunt cele mai tipice.

- dezvoltarea intelectuală și neurologică sunt normale;
 - EEG-ul arată paroxisme variabile ca frecvență și morfologie de la un subiect la altul: bufee de vărfuri lente de regulă focalizate, dar uneori schimbând zona sau chiar cu focare bilaterale sau alterante. Somnul este un bun activator.
- Paroxismele electrice intercritice cu punct de plecare rolandic sunt necesare pentru diagnostic;
- evoluția se face întotdeauna către vindecare cel mai târziu la vârsta de 15 ani.

Explorările complementare sunt întotdeauna normale și nu sunt justificate. Această benignitate a EPR și a altor epilepsii funcționale mai rare (occipitale, parietale...) este specifică copilului.

Alte epilepsii parțiale

Acestea sunt mai puțin frecvente. Sunt uneori simptomatice pentru o leziune cerebrală vizibilă sau nu la tomografie sau RMN și având în acest caz un prognostic mai sever. În acest cadru întâlnim epilepsiile revelatoare ale unei tumori. Practic o treime din epilepsiile parțiale ale copilului nu îndeplinesc criteriile epilepsiilor parțiale funcționale și nu sunt totuși însoțite de nici o leziune vizibilă. Acestea sunt epilepsiile parțiale criptogenetice.

2.3. — EPILEPSIA COPILULUI MARE ȘI A ADOLESCENTULUI (MAI MARE DE 10 ANI)

Grand mal

Apare în jur de 10-11 ani și se caracterizează prin marea criză tonico-clonică în care se succed:

- pierderea cunoștinței inițial brutală, provocând căderea cu sau fără strigăt;
 - faza tonică generalizată timp de 10-20 secunde: capul aruncat în spate, maxilarele strânse, membrele inferioare în extensie, membrele superioare în semiflexie, apnee;
 - faza clonică generalizată timp de 40-60 secunde: secuse bruște intense care se spățiază progresiv;
 - faza stertoroasă cu reluarea progresivă a respirației și comă postcritică cu durată variabilă.
- Mușcarea limbii, pierderea de urină sunt aleatorii. În schimb, amnezia totală a crizei este constantă.

La EEG se observă mai întâi o descărcare generalizată de ritmuri rapide recrutante (faza tonică), apoi poli-vărfuri și poli-unde progresiv încetinite (faza

clonică), în sfârșit unde lente postcritice (faza stertoroasă). Traseul intercritic prezintă adesea bufee neregulate de vărfuri-unde, stimularea luminoasă intermitentă provocând adesea un răspuns.

Epilepsia primară generalizată a adolescentului

O formă de epilepsie generalizată a adolescentului se asociază uneori cu un *petit mal* sau este urmată de un *grand mal*: miocloniile generalizate care survin cel mai frecvent dimineața (la trezire sau în cursul micului dejun), fără abolirea conștiinței, predominând la membrele superioare.

Această epilepsie generalizată primară caracteristică copilului mare și adolescentului este întotdeauna criptogenetică; prognosticul este destul de favorabil.

Explorările complementare complexe nu se justifică. Ea este în mod sigur de origine genetică.

Epilepsiile fotosensibile

Oricare ar fi tipul de mioclonii sau tipul de crize generalizate, frecvența lor a crescut o dată cu utilizarea ecranelor computerelor.

2.4. — ENCEFALOPATIILE EPILEPTOGENE SAU EPILEPSIILE GENERALIZATE SECUNDARE

Aceste encefalopatii pot fi secundare unor leziuni specifice (facomatoze, leziuni malformative sau clastice, afecțiuni degenerative...), dar poate fi vorba și de leziuni nespecifice. Acestea sunt foarte caracteristice copilului.

Sindromul West sau sindromul spasmelor în flexie

Aceasta este o encefalopatie epileptogenă gravă care debutează în general în primul an de viață, între 3 și 10 luni. Crizele tonice scurte sunt caracteristice: contracție bruscă în salve generalizate și relativ lentă a mușchilor capului, gâtului, trunchiului și membrilor uneori în extensie, cel mai frecvent în flexie: copilul se pliază în două după un mic strigăt. Se observă mai multe crize cotidiene cu 3 până la 10 spasme, fiecare spasm durând 2-3 secunde.

EEG-ul este profund perturbat: prezența undelor lente și vărfurilor ample pe tot scalpul, asincrone și variabile ca localizare de la un moment la altul, realizând ceea ce se cheamă „hypsaritmie” sau „disritmie majoră”.

Afectarea psihică se caracterizează printr-o oprire sau regresie a dezvoltării psihomotorii și o atitudine de profundă indiferență la stimulările externe. Această afectare poate preceda, însoți sau urma spasmelor.

Atunci când nici o anomalie anterioară nu este decelabilă, etiologia rămâne necunoscută. În unele cazuri există o patologie cerebrală variabilă (malformativă, traumatică, infecțioasă...). Se pare că sindromul West corespunde, într-un anumit moment al maturizării cerebrale a sugarului, unei forme de epilepsie cel mai frecvent multifocală.

Evoluția este sumbră în majoritatea cazurilor: agravarea deteriorării psihice conduce la un tablou de encefalopatie profundă (v. cap. 9, 3.), cu apariția frecventă a comportamentelor foarte arhaice. În câteva cazuri, evoluția crizelor conduce la un tablou apropiat de sindromul Lennox-Gastaut. Rare dar posibile sunt evoluțiile clar favorabile, cu dispariția spasmelor și reluarea dezvoltării psihomotorii fără sechele.

Sindromul Lennox-Gastaut și alte epilepsii mioclonice

Sindromul Lennox-Gastaut apare între 2 și 7 ani, uneori mai târziu. Crizele clinice sunt totdeauna numeroase (mai multe zeci pe zi) și cu aspecte diverse:

- crize tonice scurte în timpul somnului;
- absențe atipice, cu început și sfârșit brusc, asociate cu fenomene motorii (tonice, atonice sau mioclonice);
- mioclonii masive sau parțiale;
- crize atonice brutale;
- crize generalizate tonico-clonice (*grand mal*);
- crize parțiale motorii, senzoriale, vegetative.

De fapt, toate tipurile de crize clinice pot fi observate.

EEG-ul prezintă în traseele intercritice vârfuri-unde lente cu un ritm de 1 până la 2,5 cicl/secundă, bilaterale, organizate în bufee mai mult sau mai puțin regulate. Ritmul de bază dispăre adesea complet.

Insuficiența intelectuală este cvasi-constantă, adesea profundă. Existența frecventă a tulburărilor de comportament psihotic i-a determinat pe unii autori (Mises) să discute raporturile dintre psihozele infantile și acest sindrom (v. cap. 16, 4.5.).

Ca și în cazul sindromului West căruia îi poate succede, etiologia este imprecisă: uneori nu se regăsește nici un antecedent, în alte cazuri se observă semne nespecifice de suferință cerebrală.

Evoluția pe termen lung este dominată de riscul de deteriorare progresivă deoarece majoritatea terapiliilor antiepileptice au o eficacitate minimă și tranzitorie.

Pe lângă sindromul Lennox-Gastaut, există numeroase epilepsii zise mioclonice deoarece ele asociază diferite tipuri de crize cu mioclonii. Ele încep să fie clarificate datorită criteriilor clinice și electroencefalografice în cadre destul de bine determinate (epilepsia mioclonică benignă, epilepsia mioclonică severă a sugarului). Etiologia lor este încă necunoscută. Excepționalele epilepsii revelatoare

ale unor afecțiuni metabolice degenerative fac parte din acest cadru al epilepsiilor mioclonice (ceroido-lipofuzioză, encefalopatie mitocondrială sau pentru copii mai mari: boala Ramsay Hunt, boala Lafora...).

2.5. — EXPLORĂRI COMPLEMENTARE ȘI DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

În toate epilepsiile, electroencefalograma intercritică completată, în funcție de formă, cu o înregistrare sub hipernee, SLI, somn, înregistrarea în întregime a crizei, este indispensabilă diagnosticului precis și prin acesta chiar orientării terapeutice și prognosticului.

Unele forme de epilepsie a copilului corespund unor entități bine cunoscute în prezent și a căror explorare nu aduce nici o informație suplimentară. Este deci inutil să multiplicăm examenele și investigațiile în aceste cazuri tipice: așa este *petit mal*-ul tipic, epilepsia paroxistică rolandică, epilepsia generalizată primară a adolescentului.

În afara acestor situații bine definite în care nu există niciodată leziuni cerebrale, celelalte epilepsii justifică efectuarea tomografiei computerizate și/sau a RMN-ului care oferă în prezent rezultate precise. Pe lângă epilepsiile tumorale, există adesea leziuni sechelare: dilatarea ventriculară, atrofia mai mult sau mai puțin localizată, malformații difuze sau displazii focalizate, faomatoze. Când caracterelor clinice electroencefalografice asociate cu rezistența la tratament evocă o origine lezională pe care tomografia sau RMN-ul nu o pun în evidență, practica actuală noninvasivă de măsurare a debitelor sanguine cerebrale (SPECT, mai ușor de manevrat sau PET, mai sensibil) pot să aducă un ajutor deosebit prin indicații asupra localizării. Totuși, aceste examinări nu pot fi interpretate decât într-o manieră riguroasă și prudentă.

În mod clasic, diagnosticul diferențial se discută cu:

- spasmele hohotului de plâns (v. cap. 19,3.);
- crizele neepileptice: sincopa;
- crizele isterice.

Acest diagnostic diferențial este uneori dificil de stabilit și necesită sprijinul unei înregistrări electrice a stării de rău atunci când acesta rămâne de natură nedeterminată. „Medilog“-ul și înregistrarea videoscopica pot să fie de un mare ajutor. Tratamentul zis „de probă“ și eticheta de „epilepsie“ puse fără certitudine trebuie să fie evitate.

3. — ABORDARE PSIHPATOLOGICĂ

Importanța factorilor psihologici în declanșarea sau, dimpotrivă, în diminuarea crizelor, rolul indiscutabil al vigilenței sau al afectivității au condus foarte devreme la întrebări asupra sensului psihologic al crizelor epileptice și a maladiei epileptice. În plus, tulburările psihice de naturi diferite par mai frecvente la epileptici, mai ales adulți. Astfel, lucrările consacrate acestui subiect sunt numeroase. Interesul se concentrează asupra a două puncte. Pe de o parte, numeroși autori au încercat să înțeleagă semnificația crizei epileptice în trăirea conștientă și inconștientă a subiectului. Pe de altă parte, s-a încercat corelarea bolii epileptice cu un anumit profil de personalitate caracteristică. Acest lucru a dus la a se vorbi despre „personalitatea epileptoidă”. Dacă această abordare pare sigur depășită, numeroși autori continuă totuși să se întrebe în legătură cu consecințele psihoafective și remanierele structurale care rezultă dintr-o boală cu un atât de mare impact social. Noi reluăm progresiv această problemă studiind succesiv semnificația crizei, apoi problema „personalității epileptice” și psihopatologia intercrizică, în sfârșit, impactul social și școlar al epilepsiei. Mai întâi trebuie să observăm cum, cu excepția unor encefalopatii epileptogene, în marea lor majoritate crizele de epilepsie ale copilului nu traduc în mod necesar existența unei leziuni cerebrale, leziune pe care traseul înscris pe EEG ar veni să o autentifice. În realitate, descărcarea sincronă a neuronilor cerebrali provine cu siguranță dintr-un prag de excitabilitate și din recurența ritmurilor joase, dar nu reprezintă nimic altceva decât o anomalie funcțională. Acest lucru i-a determinat pe unii autori să evoce un mecanism psihologic la originea acestei dezordini funcționale.

3.1. — ÎNȚELEGEREA PSIHPATOLOGICĂ A CRIZEI

Freud a fost primul care, în lucrarea sa intitulată *Dostoievski și Paricidul* (1929), s-a aplecat asupra semnificației crizei: după el, epilepticul încearcă să rezolve prin intermediul crizei un conflict între un Supraeu sadic și un Eu masochist: criza este un echivalent de act suicidal, veritabilă moarte introiectată, care se caracterizează prin dezintegrarea pulsionilor ca urmare a prăbușirii Eului. După această primă abordare psihogenetică, numeroși psihanaliziști au propus o interpretare a crizelor (Kardiner, Schilder, Fenichel, Greenson, L. și A. Covello). Criza epileptică este astfel apropiată de o „criză de afect” la subiecții predispuși: sistemul pulsional al subiecților epileptici este caracterizat ca fiind sadic și distructiv, Eul lor este incapabil să i se opună. Criza este întotdeauna interpretată ca rezultat al inundării traumatice a Eului depășit de pulsunile dezorganizate și dezintegrate.

Unii autori consideră că la origine s-ar afla o organizare apropiată de „structurile psihosomatice” (v. cap. 19): criza trimite la o funcționare psihosoma nediferențiată, fie regresivă (Ferenczi, Winnicott), fie martor al unei lipse la nivel psihic. Criza psihică vine să înlocuiască în acest ultim caz starea de blocaj și incapacitatea de elaborare a conflictelor psihice (Covello).

În sfârșit, semnalăm că teoria traumatismului psihic este frecvent invocată în declanșarea crizei: coincidența dintre un eveniment fortuit și realitatea organizării fantasmatică a subiectului creează condițiile unui traumatism psihic al cărui singur rezultat este criza. „*La copiii care fac o criză comițială, rezonanța dintre ceea ce este perceput în realitatea exterioară, pulsione și reprezentările refulate este mare și atât de brutală, încât apărările vigile sunt inundate de conflictele inconștiente*” (Bouchard și colab.).

3.2 — ABORDAREA INTERCRIZICĂ A EPILEPTICULUI

Celălalt mod de abordare a constat, după F. Minkowska, în definirea personalității de bază a pacienților epileptici. Să reamintim că, fără a folosi termenul de „epileptoid”, F. Minkowska grupează factorii pe care îi considera caracteristici, conform *Rorschach*, subiecților epileptici: văscozitate, perseverare, atașare de concret, agresivitate socială... O dată cu multiplicarea studiilor făcute pe numeroși pacienți prezentând diferite tipuri de epilepsie, s-a observat că, pe de o parte, „acești factori nu sunt specifici epilepsiei (se reîntâlnesc și în alte arii ale patologiei: traumatism cranian, sechele de encefalită), iar, pe de altă parte, nu se observă la toți epilepticii, în special la copii. Unii autori au sugerat astfel că această „personalitate epileptoidă” nu ar fi în realitate decât o patologie secundară datorată fie multiplicității crizelor cu reacțiile pe care acestea le induc, fie mai ales acțiunii inhibitoare a medicamentelor (fenobarbital). „Personalitatea epileptoidă” nu ar fi decât o reelaborare secundară unei patologii iatrogene. Pentru a evita o astfel de confuzie, unii autori au descris mecanismul psihopatologic al primei crize (Bouchard și colab.), dar este dificil să fim de acord cu concluziile lor privind structura psihopatologică a subiecților numiți epileptici, mai ales când acești subiecți nu au făcut decât o singură criză: trebuie să reamintim că epilepsia se definește prin repetiția crizelor clinice. Personalitatea epilepticii se organizează în jurul acestei repetiții a crizelor și a reamenajărilor secundare puse în scenă de subiect și/sau de anturajul său.

Astfel Beauchesne declară: „*noi credem că modul în care anturajul dă un sens crizei pe care aceasta nu o are și, nu poate să o fi avut inițial, este capital în reorganizarea subiectului*”. În această reorganizare, chiar dacă conceptul de „personalitate epileptoidă” ca bază a maladiei epileptice este puternic criticat în

prezent, anumite trăsături de caracter se observă totuși, mai ales lentoarea ideativă (bradipsihie), iritabilitatea, labilitatea emoțională, impulsivitatea. Notăm totuși că la copil aceste trăsături de caracter coexistă mai ales cu crizele *grand mal* față de absențele *petit mal*. Totuși un mare număr de copii nu prezintă nici o trăsătură de personalitate specifică. Doar „imaturitatea” este adesea raportată de autori.

Cu toate acestea, chiar dacă nu există o organizare patologică specifică epilepsiei, este evident că o boală care întrerupe brutal cursul gândirii individului, și al cărei impact social este atât de mare, provoacă mișcări psihoafective multiple. Rupiturile repetate și imprevizibile ale continuității psihice și fizice par să fie la originea unei trăiri foarte apropiate de o mare fragilitate narcisică: imaginea copilului este întotdeauna periclitată, sentimentul de pierdere (pierderea conștiinței, pierderea relației...) întotdeauna viu. Unele caracteristici descrise în cadrul „personalității epileptoidice” pot de altfel să fie înțelese ca apărări împotriva acestor amenințări adresate imaginii corpului și continuității investirii sinelui (Winnicott): așa este văscozitatea, aderența față de stimuli. De asemenea se poate menționa frecvența cu care subiectul epileptic are nevoie de a stabili legături între elemente percepțive diverse (la Rorschach de exemplu) și o extremă sensibilitate la ruptura legăturilor.

Epilepsia și eficiența intelectuală

Dificultatea de a evalua gradul de afectare a funcționării mintale provine din faptul că majoritatea studiilor de QI la subiecții epileptici nu distinge clar diferitele tipuri populaționale; îndeosebi la copil existența encefalopatiilor epileptogene poate, în plan epidemiologic, să determine o scădere importantă a rezultatelor evaluărilor.

Studiile pe grupuri mari (Freudenberg, Bouchard) arată că repartiția QI-urilor la copiii epileptici respectă în mare repartiția gaussiană din populația generală, cu un decalaj totuși către QI-urile mai scăzute.

În cazul nivelurilor ușor scăzute, pentru evaluarea optimă a capacităților psihice se țin cont de:

- bradipsihie: eliminarea factorului timp ameliorează performanța;
- „pierderea contactului” în cazul crizelor frecvente;
- încetinirea datorată tratamentului.

Repetarea evaluărilor poate arăta variații importante în funcție de calitatea contactului cu examinatorul, de echilibrul terapeutic, de intervalul de la ultima criză...

Mai interesantă poate fi recunoașterea și analiza de finețe a dificultăților cognitive specifice. Unele epilepsii se asociază cu tulburări de limbaj a căror expresie extremă este sindromul Landau (v. cap. 6, l.). Tulburările de atenție și

de memorie sunt deosebit de frecvente la copiii epileptici, de altfel inteligenți. Partea de responsabilitate a epilepsiei, a bolii cauzale și a tratamentelor antiepileptice, care în general par să altereze memoria, este imposibil de delimitat. Folosirea testelor specifice permite recunoașterea tulburărilor, supravegherea în cursul tratamentului a apariției efectelor noctive și ghidarea reeducării.

Deteriorarea mintală

Existența unei deteriorări mintale în cazul unei epilepsii nu este o situație obișnuită. Nici chiar crizele repetate prost echilibrate, atunci când copiii nu au avut un deficit înainte de debutul bolii, nu se asociază cu deteriorarea mintală. Două situații particulare trebuie să fie evocate.

Pe de o parte, unele epilepsii severe cum este sindromul West sau epilepsiile mioclonice se asociază în cursul evoluției epilepsiei, atunci când aceasta nu este controlată, cu o deteriorare în principal comportamentală de tip autist, într-un caz, sau psihotic, în celălalt caz.

Pe de altă parte, unele epilepsii parțiale lezionale refractare se asociază cu tulburări cognitive specifice în relație cu localizarea epilepsiei: semne frontale, tulburări de limbaj oral sau scris... Și aici aportul epilepsiei sau al bolii cauzale este dificil de determinat. Oricum ar fi, recunoașterea lor și reeducarea sunt indispensabile.

3.5. — EPILEPSIE ȘI PSIHOZĂ

Apariția crizelor de epilepsie este o eventualitate destul de frecventă la copilul psihotic: între 12 și 20% dintre copiii psihotici prezintă crize epileptice. Clinica crizelor epileptice nu are nimic specific. Unii autori (Ferrey-Hanin) au subliniat totuși frecvența crizelor nocturne. Toate formele clinice de psihoză sunt implimate. Problema esențială rămâne aceea a naturii raportului dintre epilepsie și psihoză: fie psihoza ca o consecință a epilepsiei (Rimland, Lor-Henry), fie epilepsia ca simplu simptom al psihozei (Soulayrol). În clinică se pot observa toate tipurile de asocieri și de succesiuni temporale: în unele cazuri crizele de epilepsie par inaugurale și determină episoade confuzionale, la început tranzitorii, apoi, progresiv, destrucțiuni durabile ale organizării psihice. Epilepsia temporală pare a fi mai frecvent responsabilă. În alte cazuri, psihoza precede clar apariția crizelor epileptice: apariția lor marchează întotdeauna „un moment semnificativ al istoriei copilului psihotic și apariția unui sens” (Soulayrol). Se pune atunci problema semnificației simptomatice a crizelor epileptice într-o structură psihotică. Pe de altă parte, perturbările la nivelul neurotransmițătorilor dintr-un caz sau celălalt pot constitui o ipoteză etiologică.

Majoritatea acestor psihoze cu epilepsie se asociază cu o organizare cognitivă deficitară, ceea ce l-a făcut pe Mises să încerce o articulare între aceste trei variabile, distingând:

- formele demențiale în care deficitul ocupă un loc important în cadrul tabloului clinic;
- psihozele cu expresie deficitară, survenind la epileptici;
- între acești doi poli, dizarmoniile evolutive cu expresie deficitară (v. cap. 16, 4.5.).

3.6. — ABORDAREA FAMILIALĂ ȘI SOCIALĂ A EPILEPSIEI

„Răul comital”, a cărui apariție întrerupea întrunirile consiliilor romane, a fost dintotdeauna vehicolul privilegiat al unei fantasmatici sociale foarte bogate. Epilepticul este când sacralizat, purtător al unui rău și al unui semn divin, când respins deoarece este posedat de un spirit demonic, dar nu lasă niciodată publicul indiferent. La copil, familia și școala constituie câmpul social de rezonanță.

Familia epilepticului ar prezenta un mod relațional aparte, marcat de existența unor tensiuni accentuate. S-a observat de asemenea la unul dintre cei doi părinți existența unui Supraeu sever, interzicând întreaga exprimare a agresivității (Guedeney, Kipman). S-a evidențiat frecvența și pregnanța unei fantasmatici familiale organizate în jurul morții (Beauchesne). Indiferent care ar fi organizarea familială inițială, repetarea imprevizibilă a crizelor provoacă foarte rapid o reamenajare în jurul acestora: ambivalența este regula. Familiile oscilează între supraprotecție, al cărei exces poate de altfel să mascheze intenții agresive (copilul epileptic nu are nici o posibilitate de petrecere a timpului liber în ideea presupusei pericolizități a oricărei activități: bicicletă, piscină...) și respingere, lipsa afecțiunii sau chiar dezgustul. Cercetarea traumatismului, a anomaliei cerebrale sau a tumorii (EEG-ul constituie pentru multe familii dovada directă: prudența este necesară atât în utilizare cât și în informațiile pe care le poate da) vizează exteriorizarea originii bolii, în timp ce existența antecedentelor familiale este trăită ca semn al unei tare ereditare mai mult sau mai puțin rușinoase.

În ceea ce privește școala, aceasta pare să arate un mai mare grad de toleranță față de copiii epileptici. Este de remarcat că crizele de epilepsie la școală survin mai rar decât o arată procentele morbidității: acest lucru pare să arate existența crizelor la copilul epileptic mai ales în afara cadrului școlar. Pericolizitatea, adesea pusă pe primul plan de către instituția școlară, este cvasi-nulă, atât pentru copil cât și pentru anturaj. Eșecul școlar apare ceva mai frecvent la copilul epileptic, eșec datorat în general tulburărilor asociate. Școlarizarea în instituții specializate pentru epileptici nu trebuie indicată decât în cazul în care crizele

sunt extrem de frecvente, dacă există o deficiență intelectuală profundă sau o organizare psihotică gravă asociată.

4. — TRATAMENT

4.1. — ANTIEPILEPTICE

Diferitele antiepileptice, indicațiile lor și efectele secundare sunt grupate în tabelul IV. În general, la copil, prescrierea unui antiepileptic trebuie să urmeze principiile următoare:

- la același efect terapeutic, trebuie neapărat să fie ales produsul care prezintă cele mai mici efecte secundare cu scopul obținerii celui mai bun echilibru între: inconvenientele crizelor - inconvenientele tratamentului;
- monoterapia este regula. Nu se vor face asocieri medicamentose decât în cazul rezistenței sau a crizelor cu forme clinice foarte variate (Lennox-Gastaut);
- supravăgherea tratamentului se face clinic și nu pe EEG. Repetarea EEG-ului este cel mai adesea inutilă;
- posologia eficientă pentru fiecare produs trebuie să se ghideze după clinică deoarece doza eficientă este foarte variabilă de la un pacient la altul. Indicația de dozare sanguină este categorică pentru unele medicamente cum este Di-Hydan-ul și prezintă pentru alte antiepileptice trei motive de interes: verificarea tratamentului în caz de recidivă, a verifica dacă este vorba de o concentrație insuficientă sau de o ineficiență a antiepilepticului; verificarea în cazul efectelor secundare a particularităților farmacocinetice ale individului;
- înaintea modificării unui tratament în timpul unei crize trebuie să se țină cont de disconfortul real creat de criză. Doar modificările importante ale duratei, ritmului sau aspectului crizelor trebuie să conducă la reconsiderarea tratamentului. Orice schimbare trebuie să fie progresivă;
- *întreruperea definitivă* a tratamentului trebuie să respecte la copil anumite condiții. Aceasta depinde de vârstă și de tipul de criză. În medie, este necesară o perioadă liberă de 18 luni până la 2 ani după ultima criză, pentru a avea în vedere întreruperea. În toate cazurile această întrerupere trebuie să fie *progresivă*.

4.2. — ABORDAREA PSIHOTERAPEUTICĂ

Numeroși autori au propus o abordare psihoterapeutică a copilului și o activitate de consiliere familială. La nivelul familiei, este de fapt de dorit să fie

TABELUL III. — Indicații și efecte secundare ale

	Epilepsii generalizate primare			Epilepsii secundare	
	Grand-mal	Absența petitală	Miclonie	Epilepsii parțiale	West
Valproat de sodiu <i>Dépakine</i>	+++	+++	+++	++	+
Carbamazepină <i>Tegretol</i>	+++			+++	
Fenobarbital <i>Gardenal</i>	+++			++	
Vigabatrin <i>Sabril</i>	+			+++	+++ (Sindr. Bourneville) și lezional
Fenitoin <i>Di-Hydán</i>	+++			+++	
Primidion <i>Mysoline</i>	+++			+++	
Diazepam <i>Valium</i>	++	+	++	+	+
Clonazepam <i>Rivotril</i>	++	+	++	+	++
Clobazam <i>Urbanyl</i>	++	++	+++	++	++
Nitrazepam <i>Mogadon</i>	+	++	+	+	+++
Clorazepat <i>Tranxene</i>	++	+	++	+	++
Succinimid <i>Zarontin</i>		+++	++		

antiepilepticelor folosite în prezent (1992)

generalizate	Stare de rău crize prelungite	Număr de doze zilnice	Efecte secundare toxicitate
Lennox-Gastaut			
+++	(IV)	Chrono 2 2-3	<i>Puține</i> : tulburări digestive (greață, vărsături); toxicitate hepatică excepțională dar dramatică, insuficiență hepatică acută. Tremurături, alopecie, creștere în greutate.
+		LP: 1-2 2-3	<i>Puține</i> : în caz de supradozare: vertij, ataxie, greață, senzație de amețeală, somnolență, diplopie (scăzută la forma retard).
	+++ (IV)	1	<i>Important</i> : psihic (încetinire sau excitație, scăderea randamentului școlar). Inducție enzimatică. Eritrodermic.
		2	<i>De precizat</i> : hipokinezie, somnolență.
	+++ (IV)	1-2	Notabil: hipotrofic gingivală. Afectare hematologică. Sindrom cerebello-vestibular. Dificultăți în găsirea unei posologii stabile și netoxice.
		2-3	Greață, vertij. Toxicitate cronică: idem fenobarbital.
+	+++ (IR și IV)		Adecsa importante: <i>În funcție de doză</i> : somnolență reversibilă, excitabilitate și iritabilitate, dificultăți școlare (memorie, atenție).
+++			
+++		1-2	
+++	+++ (IR și IV)		
+++			
+++	++	1-2	Tulburări digestive. Leucopenic.

ascluate pe termen lung temerile și angoasele suscite de crize. Informarea trebuie să permită familiei evitarea atitudinilor extreme, atât de protecție excesivă cât și de respingere nejustificată.

Psihoterapia copilului însuși permite reintroducerea crizei în istoria lui și faptul de a-i da un sens. Pentru unii, această psihoterapie este condusă în conjuncție cu prescrierea antiepilepticelor. Totuși majoritatea terapeuților preferă ca rolurile lor să fie diferențiate. Un contact corporal direct, sub forma unei relaxări sau unei reeducări psihomotorii, este adesea de dorit.

BIBLIOGRAFIE

- AICARDI J.: Epilepsie et petit mal. EMC, Paris, 1968, *Pédiatrie*, 4091 A 50.
 BEAUCHESNE H.: L'enfant et l'adolescent épileptiques: une approche clinique et psychopathologique. *Psy. enf.*, 1976, 19 (2), 429-494.
 BOUCHARD R., LORILLOUX J., GUEDENEY C., KIPMAN D.: *L'épilepsie essentielle de l'enfant*. PUF, Paris, 1975, 1 vol.
 CHIRON C., DULAC O.: L'imagerie fonctionnelle cérébrale chez l'enfant épileptique. *Arch. Fr. Pédiatr.*, 1990, 47, 629-632.
 COVELLO L., COVELLO A.: *Epilepsie, symptôme ou maladie*. Hachette, Paris, 1971, 1 vol.
 FERREY-HANIN D.: Le sommeil des enfants psychotiques. *Neuropsych. de l'enf.*, 1980, 28 (4-5), 216-220.
 GASTAUD H.: L'épilepsie temporale. *Concours Médical*, 1980, Suppl. au nr 15, 3-48.
 LOISEAU P.: Etude des antiépileptiques actuellement utilisés. *Rev. prat.*, 1979, 29 (59), 4465-4477.
 MISES R., MISES J., BEAUCHESNE H.: Le démemberment de la démence épileptique. *Psych. enf.*, 1968, 11 (1), 181-268.
 SOULAYROL R. et coll.: Psychose de l'enfant et épilepsie. *Neuropsych. de l'enf.*, 1980, 28 (3), 77-78.
 NUMERO SPECIAL: Epilepsie. *Neuropsych. de l'enf.*, 1983, 31, 11-12, 499-559.

16 AUTISMUL INFANTIL ȘI PSIHOZELE LA COPIL

1. — ISTORIC

Istoria psihozelor infantile ar putea fi subdivizată în trei perioade.

1.1. — O PERIOADĂ NUMITĂ „PREISTORICĂ“

În această perioadă, în clinică se cercetează formele infantile de schizofrenie după modelul adult: demența precocisimă (Sante de Sanctis, 1905), demența infantilă (Heller, 1908), schizofrenia copilului (Potter, 1933; Lutz, 1936; Despert, Bender: 1937). Două obstacole clinice se ridică pe calea acestei continuități nosologice: 1) raritatea delirului la copil, în timp ce natura delirului reprezintă unul din punctele de referință a diferențierii sindromatice în nosografia adultă; 2) locul special al noțiunii de demență, central în descrierea demenței precoce și într-un grad mai mic a schizofreniei, dar inutilizabil la copil și opunându-se idioției, imbecilității sau debilității. Să ne reamintim fraza lui Esquirol: „dementul este un bogat devenit sărac, idiotul a fost dintodeauna în nefericire și mizerie“. În această epocă preistorică, domeniul idioției cuprinde încă noțiunea de psihoză infantilă (Duché, 1990).

1.2. — O PERIOADĂ ISTORICĂ

Este simbolizată de descrierea autismului infantil propusă de Kanner în 1943. În jurul acestei descrieri princeps se aglomerează un ansamblu semiologic cu contur clinic mai puțin riguros (psihoza infantilă precoce non-autistă, psihoza simbiotică: Malher, 1969; psihoza cu expresie deficitară: Mises, 1970; autismul secundar regresiv: Tustin, 1977 etc.).

Totuși, toate aceste descrieri se apropie mai mult sau mai puțin de un concept care vizează unificarea psihozelor infantile ce traversează descrierea în termeni psihodinamici a unui „nucleu psihotic” sau a unei funcționări psihice numită „arhaică”. Psihozele infantile sunt de acum scoase din modelul schizofreniei adultului, dar ele se află în miezul unei dezbateri ideologice între susținătorii psihogenezei prea frecvent prezentate ca o cauzalitate exclusivă și susținătorii organogenezei ignorând construcția interactivă a dezvoltării ființei umane. Aceasta este perioada construcției unui concept unificat al „psihozei infantile”.

1.3. — O PERIOADĂ DE DECONSTRUCȚIE

Deconstrucția acestui concept unificat a început către sfârșitul anilor '70 cu apariția clasificărilor internaționale (CIM) și americane (DSM), în cursul cărora se observă multiplicarea diagnosticelor diferențiale care scot din cadrul autismului tipic și al psihozelor infantile (capitole numite de acum înainte: „tulburări pervazive de dezvoltare”, pentru a suprima toate referințele la conceptul de psihoză) anumite tablouri clinice particulare: sindromul Rett, Angelman, X fragil, devenite „entități” bine diferențiate de câmpul vast al „tulburărilor pervazive de dezvoltare”, în special prin evoluția lor sau prin originea etologică (organică) de acum precizată. În paralel, rigoarea semiologică dezmembrează cadrul nosografic unificat pentru a descrie entități cu statut încă imprecis: sindromul Asperger (DSM-IV, CIM 10), hiperactivitatea asociată cu retard mintal și cu mișcări stereotipe (CIM 10), dizarmonia psihotică (CFTMEA) sau „tulburarea multiplă de dezvoltare”. În sfârșit, noțiunea de „dezintegrare” reapare (aproape deci de conceptul de demență) cuprinzând tulburările dezintegrative ale copilăriei (DSM-IV, CIM 10) și chiar dacă aceasta nu este tocmai identică ne putem întreba în legătură cu confluența care se naște între această entitate și cercetările din ce în ce mai numeroase din partea psihiatriei adultului privind schizofrenia cu instalare precoce sau etiologia posibilă a schizofreniei situată în mod ipotetic în etapele cele mai precoce ale dezvoltării.

Această scurtă incursiune istorică ne arată situația de acum „explodată” a cadrului psihozelor infantile grupate sub numele de „tulburări pervazive de dezvoltare”. Sigur, autismul infantil tipic își păstrează locul lui, dar nu aceeași este situația pentru alte forme de „autism atipic” sau „psihoze precoce” care, totuși, sunt departe de a fi excepționale. Noi vom descrie mai întâi autismul infantil înaintea celorlalte psihoze infantile, apoi, într-o a treia parte, vom aborda funcționarea psihică și interactivă.

2. — DEFINIȚIE

Grupate sub denumirea de „Tulburări pervazive de dezvoltare” (CIM 10, DSM-IV: cf. tabelului IV), psihozele infantile se caracterizează printr-o alterare globală a capacităților de comunicare, perturbări în relațiile cu ceilalți, activități restrânse și repetitive, adesea stereotipe. Teoretic nu există retard mintal asociat, dar în realitatea clinică funcționarea cognitivă prezintă în mod obișnuit particularități. În plan psihopatologic, psihozele infantile se caracterizează printr-o alterare a organizării progresive a personalității cu o capacitate de adaptare la realitate variabilă în funcție de nivelul exigenței sociale și de nivelul angoasei copilului.

TABELUL IV. — *Tulburările pervazive de dezvoltare.*

CIM 10	DSM-IV
- Autismul infantil	- Tulburările autiste
- Autismul atipic	- Sindromul Rett
- Sindromul Rett	- Tulburările dezintegrative ale copilăriei
- Alte tulburări dezintegrative ale copilăriei	- Sindromul Asperger
- Hiperactivitatea asociată cu retard mintal	- Tulburări pervazive de dezvoltare nespecifice (inclusiv autism atipic)
- Sindrom Asperger	
- Alte tulburări pervazive de dezvoltare	
- Tulburări pervazive de dezvoltare: fără altă precizare	

3. — AUTISMUL INFANTIL

Chiar dacă acest sindrom a putut fi prezentat ca relativ omogen, realitatea clinică arată o relativă diversitate și variabilitate. Totodată, regăsim întotdeauna:

- o alterare a capacităților de comunicare;
- o alterare a interacțiunilor sociale;
- un aspect restrâns repetitiv și stereotip al comportamentelor, intereselor, activităților.

În mod evident începând de la 30-36 luni, primele simptome apar uneori după un interval liber de 12-18 luni, dar cel mai frecvent semnele prodromale pot să atragă atenția încă din primele 12 luni.

3.1. — EPIDEMIOLOGIE

Prevalența oscilează între 0,7/10 000 și 13,9/10 000 cu o medie de 5/10 000 (Fombonne 1995). Această variație depinde evident de criteriile diagnostice.

Proporția medie pe sexe de 3 băieți pentru o fată tinde să se egalizeze în cazul deficienței mintale asociate.

În medie, doar un sfert dintre autiști au un coeficient de inteligență în zona de normalitate (QI mai mare sau egal cu 70). Deși modelul autismului „inteligent” nu este fals, totuși el nu reprezintă majoritatea situațiilor clinice.

3.2. — DESCRIERE CLINICĂ

Sindromul autist tipic

Constituit progresiv în cursul celui de-al doilea an, acest sindrom devine patent spre 2-3 ani. Atunci se observă:

Tulburări ale contactului. — Se notează alterări ale interacțiunilor sociale conducând la izolare: refuz sau fugă de contactul vizual, absența expresiei faciale și a schimbării mimicii, absența contactului și a schimbării tonice (dialogul tonico-postural). Copilul autist nu caută să intre în contact, să atragă atenția, să acroșeze privirea, nu-i imită pe ceilalți. Nu există exprimare a plăcerii, împărtășirea interesului, absența pointing-ului. În cel mai bun caz, celălalt este folosit ca parte din sine (a lua mâna adultului) sau printr-un segment izolat al corpului (păr, orificii faciale). Privirea pare goală, îndepărtată, în altă parte.

Tulburările comunicării și limbajului. — Limbajul nu apare la vârsta obișnuită și această absență a limbajului nu se însoțește de nici o încercare de comunicare gestuală sau mimică. Nu există jocul „ca și cum”, și nici jocul imitării sociale.

Când apare limbajul, se observă anumite particularități: în afară de retard, există o ecolalie imediată sau întârziată (repetarea ca un ecou a ceea ce tocmai a spus interlocutorul), o prozodie particulară monotună, sacadată, factice, o inversare a pronunțelor (utilizarea lui „tu” sau al prenumelui pentru a se numi pe sine); sintaxa rămâne adesea săracă, întârziată, exprimarea emoțiilor (bucurie,

plăcere, surpriză, furie) este cel mai frecvent absentă, cu excepția exprimării angoasei. Deși nivelul de înțelegere a limbajului este în mod obișnuit superior celui de expresie, se observă totuși anomalii: copilul înțelege mai ales ordinele simple, cuvintele concrete, comenzile de a realiza o sarcină simplă. Schimbările mai complexe (cuvintele abstracte care au de-a face cu calitatea emoțiilor, glumele, întrebările...) determină în cel mai bun caz o perplexitate și în cel mai rău un refuz.

Reacțiile bizare și restrângerea intereselor. — Reacțiile de angoasă, de agresivitate sau de aparentă furie pot să apară cu ocazia schimbărilor mediului (modificarea unei mobile, schimbarea traseului obișnuit, absența unei jucării, schimbarea pieptănăturii) sau unei surprize (zgomot neașteptat, sosirea unui străin). Aceste manifestări de furie, angoasă sau disperare pot să apară de asemenea ca răspuns la o frustrare, o interdicție sau o tentativă insistență a adultului de a intra în contact. Obișnuințele sau ritualurile în aparență golite de semnificație simbolică domină viața cotidiană, impunând un cadru al vieții cu alură imuabilă și robotizată. Punctele de interes sunt restrânse și stereotipe în direcția obișnuințelor motorii sau de obiect bizare: manierism motor stereotip și repetitiv (bătăi și torsiuni ale mâinilor, legănare, mers pe vârfurile picioarelor, învârit ca un titirez, mișcări complexe ale corpului); folosirea anumitor obiecte (pietre, fire, fragmente de jucării) sau cu întrebuințare schimbată (roata unei mașinuțe învârtită la nesfârșit); interes pentru un aspect limitat al obiectelor (de exemplu mirosul asociat cu un comportament de adulmecare, senzația de suprafață cu un interes pentru obiectele ruгоase, atitudini de grataj, atracția pentru vibraje sau pentru zgomot pe care le reproduce indefinit). Jocul simbolic, jocul de imitare, jocul implicând situații sociale obișnuite nu există sau există foarte puțin.

Modularea senzorială și motorie. — Se observă o hipo- sau o hiperreactivitate la stimuli senzoriali cu căutarea unor asemenea stimuli de către mulți dintre copiii autiști: să facă obiecte să cadă pe jos, să se balanseze, să bată din palme, să se învârtască, să facă zgomote cu gura, cu gâtul, să-și sugă limba, să țină un obiect în gură... Dimpotrivă, există o frecventă indifferență la lumea sonoră, în special la zgomotele sociale (copilul nu răspunde când este chemat) și un interes pentru zgomotele și sonoritățile particulare: atracție pentru un zgomot (aspirator, curgerea apei...), o muzică sau un cântec, foșnitul hârtiei... Anumite zgomote pot suscita reacții de spaimă, panică, furie, mai ales când acestea îl surprind pe copilul autist.

Aceeași ciudățenie poate să existe și în domeniul gustativ (manierisme alimentare, gusturi exclusive adesea neobișnuite: oțet), vizual (atracție pentru o culoare, o strălucire, o formă, un reflex...).

Motricitatea poate să fie limitată, copilul părand țeapăn, inert, fără inițiativă

motorie. Din contră, poate să apară ca agitat, mișcându-se fără încetare, cu posturi și regulări motorii neobișnuite sau bizare (cu alură sacadată, mecanică).

Funcțiile intelectuale. — În ciuda „expresiei inteligente” semnalată de Kanner, acești copii au adesea niveluri de performanță globală scăzute, cu profiluri heterogene: performanțele video-spațiale și de memorizare sunt în general mai bune decât capacitățile de raționament, de elaborare a informației. Majoritatea dintre ei prezintă un coeficient intelectual non-verbal mai mic de 70 și global mai mic de 55, chiar dacă există unii autiști cu un nivel normal. Există un decalaj frecvent dacă nu constant în favoarea testelor non-verbale cu o mare heterogenitate intrasclară.

Semnele precoce de autism

Dacă diagnosticul este destul de evident începând de la 2-3 ani, în clinică este de dorit să fie reparați copiii cu risc de autism încă de la cele mai mici vârste. Analiza clinică retrospectivă și, în plus, vizionarea filmelor familiale (Malvy și colab., 1977) arată existența frecventă a semnelor precoce.

De la 0 la 6 luni. — Se pot regăsi distorsiuni precoce ale interacțiunii: bebelușul cumințe care nu plânge niciodată, nu cere, bebelușul care „se face uitat”; tulburări tonice sub forma hipotoniei și în plus absența dialogului tonic începând de la 2-3 luni, fără tonus sau gest anticipator; din contră, atitudinea hipertonă cu gesticulare nefcetată, incapacitatea de a se liniși când este ținut în brațe; desprinderea frecventă a privirii care poate îmbrăca repede aspectul unei evitări a privirii; strabismul este frecvent; tulburările de somn cu insomnie în general liniștită (bebelușul mai degrabă inert, cu ochii mari deschiși așteptând în patul său); tulburări de alimentație (absența suculții, anorexie); absența zămbetului voluntar începând cu 3 luni, cu menținerea unei figuri serioase aproape rigide.

De la 6 la 12 luni. — Manifestările precedente se confirmă și influențează calitatea interacțiunii mamă-bebeluș; absența dialogului tonic devine manifest cu absența brațelor întinse (când copilul este luat în brațe), absența mimicii (în special absența ritualului de întâmpinare la trezire); copilul este hipoton (păpușă de paie) sau din contră hipertonic, rigid (bucată de lemn) părând să refuze contactul; activitățile stereotipe apar și particularitatea lor este de a persista până la a se accentua atunci când adultul vine lângă copil (spre deosebire de acelea ale jocului cu mâinile observabile la 5-6 luni, tranziției și mai ales întrerupându-se atunci când i se propune o activitate); evitarea privirii poate deveni manifestă, activă, intensă; absența mimicii, absența frecventă a gânguritului și vocalizelor, aerul serios, dau acestui copil un stil de relaționare mecanic; se observă adesea o absență de reacție față de străin și o aparentă indiferență la separări și regăsiri.

De la 12 la 24-30 luni. — Tabloul clinic se constituie treptat, marcat de absența limbajului, dar mai ales de absența precursorilor limbajului: absența punctării proto-declarative (această punctare implică o asociere a atenției vizuale și a atenției conjugate) atunci când sublinierea proto-imperativă (punctarea obiectului fără atenția conjugată) poate să existe. Absența sau refuzul atenției conjugate devine patentă la această vârstă.

Tulburările funcționale (tulburări de somn, tulburări alimentare) pot persista; stereotipiile, manierismul gestual, interesul exclusiv pentru obiecte bizare (sfoară, bucăți de obiect) se accentuează.

Din partea părinților și mai ales a mamei, există plângeri frecvente. — „Copilul nu este normal”, „nu este ca ceilalți” (atunci când există frați mai mari). Părinții au adesea sentimentul confuz că nu sunt recunoscuți de acest copil, trăit cu o senzație de jenă și de disconfort în cadrul interacțiunii. Nu rareori vin la consultație pentru aceste motive. Această plângere trebuie auzită ca o percepție precoce din partea părinților despre copilul lor care nu se integrează cu ei așa cum este de așteptat în mod obișnuit. Dacă uneori această plângere traduce o excesivă anxietate parentală, ea trebuie să provoace vigilența clinicianului și să conducă la cercetarea activă a semnelor precoce mai sus evocate.

Formele clinice

Autiști cu „nivel înalt”. — Tulburările de comunicare și de relație apar în primul plan, chiar când performanțele cognitive pot să fie normale sau chiar foarte bune într-un sector: capacitate de memorizare excepțională (calculatori miraculoși ai calendarului), de calcul, interes într-un domeniu senzorial (desen, muzică). Totuși acest avantaj sau interes are un aspect repetitiv, stereotip și nu implică tentative de comunicare sau de împărtășire, cel puțin în mod spontan. Acești copii acced adesea la limbaj chiar dacă păstrează mult timp particularități (v. 3.2.). Sindromul Asperger, individualizat de clasificările DSM și CIM, este foarte apropiat de această descriere (v. 3.4.).

Polihandicapul și sindroamele neurologice asociate. — Existența concomitență a manifestărilor clinice de alură autistă și a tulburărilor multiple (tulburări neurologice tip encefalopatie neonatală, deficit cognitiv profund, deficit senzorial: vezi *infra*) este frecventă.

În Franța se estimează de la 3 la 1000 frecvența acestor polihandicapuri, frecvență care crește și mai mult dacă se includ și deficiențele mintale medii.

Coexistența manifestărilor autiste și a tulburărilor asociate este diferit interpretată (tulburări specifice sau simplă asociere) și doar evoluția poate permite diagnosticul diferențial. Bineînțeles că în aceste forme un bilanț amănunțit al

diverselor deficite asociate precum și colaborarea altor specialiști se dovedesc indispensabile.

3.3. — DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

Surditatea

Absența limbajului și a reacției evidente la voce și la alte stimulări auditive pune adesea problema surdității. În caz de surditate izolată, există o dorință de comunicare non-verbală (gesturi, privire). Totuși, asocierea surditate-autism nu este excepțională. Bilanțul complementar (Potențiale Evocate Auditive) devine un ajutor necesar, dar în caz de manifestări clinice autiste cel mai frecvent este necesară o dublă evaluare.

Disfaziile grave

Perturbări grave ale limbajului, disfaziile sunt teoretic izolate (v. cap. 6, 3). Totuși tulburările de personalitate uneori primare dar mai frecvent secundare dificultăților de comunicare (impulsivitate, retragere relativă...) pot induce în eroare. Totuși, copiii grav disfazici păstrează competențe relaționale în afara limbajului (imitația, interesul împărtășit pentru sarcini concrete) și capacități de expresie emoțională care îi disting net. În schimb, acești copii prezintă dificultăți majore în învățarea grafomotorie în special la nivel de secvențe ritmice, chiar dacă se arată uneori avari să utilizeze simboluri grafice elementare (pictograme).

Carența afectivă și depresia bebelușului

Cu cât copilul este mai mic, cu atât mai greu se poate pune un diagnostic diferențial. Sindromul de retragere a sugarului apare ca expresie simptomatică comună pentru diferite situații: un bebeluș prea cuminte, pasiv, inert, existența stereotipurilor extremității, un deficit de expresie mimică, tulburări de tonus se pot vedea în cazul depresiei anaclitice sau a carenței afective grave (v. cap. 18, 2.3. și cap. 22, 1.).

Dacă, teoretic, capacitățile de comunicare sunt păstrate, ele pot fi mascate sau îngreunate de retragere și intensitatea inerției motorii. Totuși, faptul de a intra în comunicare aduce cu sine în general o reducere a comportamentelor de izolare și de retragere la copilul mic crențat sau deprimat, chiar dacă aceeași instanță accentuează adesea manifestările de retragere la copilul autist.

Contextul mediului rămâne unul dintre elementele cele mai importante ale diagnosticului diferențial, la fel ca și evoluția sub efectele îngrijirii.

Asocierea encefalopatiei și a sindromului autist

Numeroase afectări encefalopatice, de etiologie cunoscută sau imprecis cunoscută, pot fi acompaniate de un sindrom autist, punând astfel limite nosografice acestei entități. De fapt, există toate stadiile intermediare, de la existența câtorva semne neurologice sau malformații asociate fără ca un diagnostic precis să poată fi pus la starea actuală a cunoștințelor, până la descrierea tablourilor clinice precise (sindromul X fragil, Angelman, Williams). Explorarea complementară (v. 3, 4) trebuie să țină cont de aceste date. În schimb, sindromul Rett (v. 4, 2) rămâne în mod tradițional în cadrul psihozelor infantile precoce.

3.4. — EVALUARE ȘI EXAMENE COMPLEMENTARE

Nu există, la ora actuală, un examen complementar care să permită **punerea cu certitudine** a diagnosticului de autism infantil. Nici un examen clinic și paraclinik nu a putut face dovada „semnelor patognomonice” pentru autism. Diagnosticul se pune deci pe:

- identificarea clinică atentă a simptomelor cu ajutorul scalelor și chestionarelor;
- evaluarea diverselor linii de dezvoltare frecvent implicate;
- examene complementare alese cu discernământ când unul dintre semnele clinice justifică o explorare mai aprofundată într-un domeniu specific.

Aceste explorări în domeniul clinicii cotidiene trebuie să fie diferențiate de multiplele explorări întreprinse în aria cercetării.

Scale și chestionare (v. cap. 3, 3.)

Aceste scale (scalele Rimland, Scala Comportamentului Autist: SCA Barthélemy și Lelord, Scala Comportamentului Autist al Sugarului SCA-S Sauvage) sunt utile din mai multe motive:

- la examenul inițial pentru a se asigura un examen complet;
- pentru a defini un profil specific și starea exactă a dificultăților la primul examen;
- pentru a evalua evoluția prin aplicări regulate;
- pentru a stabili obiectivele îngrijirii și a evalua eficacitatea terapilor aplicate;
- pentru a dispune de o modalitate care să permită un schimb cu părinții.

Fără a sărăci relația clinică, aceste scale constituie în realitate atât elemente de reper utile clinicienilor și diferiților profesioniști implicați, cât și elemente în relația cu părinții copilului.

Bilanțuri clinice complementare

Fără să le detaliez aici, este esențial să se evalueze manifestările simptomatice, dar și nivelul de dezvoltare, cu ajutorul unei serii de bilanțuri specializate:

- *bilanțul ortofoinic* evaluând, pe de o parte, auzul în situații relaționale și nivelul limbajului în aspectele sale fonologic, lexical, sintactic, semantic, pragmatic, prozodic;
- *bilanțul psihomotor* pentru a evalua eventualul retard, particularitățile echilibrului și ale cineticii tonico-posturale (postură bizară, mișcări anormale, dispraxie etc.);
- *bilanțul neurologic și pediatric* cercetând, pe de o parte, manifestări neurologice discrete, dar mai ales sindroame epileptice asociate. Asocierea epilepsie-sindrom autist pare frecventă (20 până la 80% după criteriul reținut) (v. cap. 15, 3.5.) pe lângă manifestările electroencefalografice anormale (v. mai departe). În unele cazuri sindroamele autiste secundare sau asociate au fost descrise după un sindrom West sau Lennox-Gastaut (v. cap. 15, 2.4.).

Pe lângă epilepsie, toate encefalopatiile deficitare ale copilului se pot asocia mai mult sau mai puțin cu manifestări autiste (sindrom X fragil, Angelman, Williams etc.). Este deci important **ca atunci când un semn clinic deosebit atrage atenția** (malformații particulare, obiceiuri motorii specifice și ciudate, antecedente familiale etc.) să se completeze bilanțul într-un domeniu specific. Trimitem cititorul la capitolul 14, 2.

Examele complementare

Reamintim că nu există până în prezent examene complementare care să aducă „dovada” autismului infantil. S-a căzut de acord să se efectueze examenele complementare necesare pentru completarea unui bilanț clinic atunci când se semnalează un element care justifică acest lucru (bilanț audiofonologic cu Potențiale Evocate Auditive în cazul ipotezei unei surdități asociate, bilanț genetic în cazul malformațiilor particulare etc) și explorările paraclinice efectuate în cadrul unei cercetări. Amintim din nou că până în prezent nici o etiologie precisă nu a putut să fie afirmată ca fiind la originea **ansamblului** sindroamelor specifice. Starea actuală a cercetărilor pare a fi orientată mai degrabă către o pluralitate de anomalii posibile care, fiecare, ar putea fi la originea unei forme specifice, fără a se putea totuși afirma că astfel de anomalii ar fi constante.

Nu detaliez aceste diverse examinări, fiind citate în paragraful consacrat ipotezelor etiologice organice, precizând simplu că aceste explorări trebuie să fie efectuate de către echipe specializate și se înscriu într-un demers științific coerent și acceptat din punct de vedere etc.

4. — ALTE PSIHOZE INFANTILE PRECOCE

Pe lângă sindromul autist caracteristic, principalele clasificări (DSM, CIM) descriu câteva entități rezumate succint mai departe.

4.1. — AUTISMUL „ATIPIC”

Se caracterizează printr-o vârstă de apariție după 3 ani sau prin absența unor simptome din unul din cele trei domenii (interacțiuni sociale, comunicare, comportament retras, repetitiv, stereotip). Se observă foarte frecvent la copii care prezintă un retard mental profund.

4.2 — SINDROMUL RETT

Este vorba despre o encefalopatie evolutivă non-congenitală, de etiologie încă necunoscută (tulburare metabolică, tulburări ale unui neurotransmițător, virus lent) afectând în special fetele. Criteriile de diagnostic sunt următoarele (Aicardi și colab.):

- dezvoltare neurologică și mentală normală în primele 7-18 luni de viață;
- stagnarea dezvoltării începând cu această vârstă, urmată de o deteriorare mentală și comportamentală rapidă, conducând la o stare de demență cu autism în mai puțin de 18 luni;
- pierderea manipulării voluntare înlocuită prin stereotipii ale mâinilor (dintre care unele apar ca fiind caracteristice: frecarea mâinilor încrucișate în fața pieptului, lovirea dinților cu degetele îndoit);
- ataxia trunchiului și mersului;
- microcefalie dobândită;
- perioadă prelungită de stabilizare aparentă cu apariția insidioasă a anomaliilor neurologice (sindrom piramidal moderat, epilepsie, tulburări vasomotorii...);
- sex feminin, dar au fost descrise și câteva cazuri masculine.

Unele conduite frecvente în autismul infantil nu se observă în sindromul Rett, mai ales: obiceiurile stereotipe de joc, învârtirea obiectelor, refuzul contactelor corporale și a semnelor de afecțiune împărtășite, hiperactivitatea motorie, atașamentul excesiv de unele obiecte.

Nu există un tratament specific cunoscut. Dacă o susținere psihologică a

părinților poate să apară necesară, este evident că abordarea terapeutică a copilului trebuie să țină cont de diagnosticul acestui sindrom.

4.3. — SINDROMUL ASPERGER

Constituie o entitate clinică a cărei validitate este discutabilă: este vorba despre un sindrom autist care se caracterizează prin absența retardului și a deficienței de limbaj sau de dezvoltare cognitivă. Cu toate că nivelul intelectual este normal sau superior, acești subiecți par neîndemânatici și handicapați în plan social și interactiv. Evoluția nu se face către un deficit cognitiv, ci mai degrabă către persistența tulburărilor și apariția uneori la adolescență a episoadelor psihotice.

4.4. — ALTE TULBURĂRI DEZINTEGRATIVE ALE COPILĂRIEI

Caracteristica lor este apariția după o perioadă de dezvoltare normală și faptul de a se asocia cu o regresie a achizițiilor simultan cu apariția manifestărilor simptomatice ale autismului. Pierderea achizițiilor afectează în special comunicarea și limbajul. Se apropie foarte mult de conceptul de „demență”, caracteristic psihozelor adulților (v. de asemenea: psihozele celei de-a doua copilării).

Explorarea neuropsihiatrică întotdeauna indispensabilă exclude eventualele etilogii neurodegenerative la care este bine să ne gândim cu prioritate. Evoluția este adesea nefavorabilă, cu retard mintal sever, deși recuperări parțiale și reluarea dezvoltării sunt posibile.

4.5. — LIMITELE CLASIFICĂRII DESCRIPTIVE

Dificultatea studiului sindromic al psihozelor infantile ținând desigur parțial de marea lor diversitate, dar mai ales de ambiguitatea încadrării nosografice. De fapt, dacă între autori se poate stabili în mare un acord atunci când aceștia descriu o conduită specifică, în schimb în identificarea și izolarea unui sindrom intervin date de nivel foarte inegal: dacă sindromul nu este uneori, după modelul medical tradițional, decât un simplu ansamblu de conduite în mod regulat corelate unele cu altele (autismul descris de Kanner), în realitate el traduce adesea ipotezele teoretice utilizate de autor, chiar dacă se confruntă cu un fel de tautologie în care

explicațiile teoretice dau seamă de un sindrom care el însuși a fost izolat plecând de la aceste premise teoretice: **psihoza simbiotică** descrisă de M. Mahler este un astfel de exemplu: „copiii din grupa simbiotică prezintă rar tulburări evidente de conduită în timpul primului an, mai puțin poate tulburările de somn... reacțiile (patologice) se manifestă în cel de-al treilea sau al patrulea an... s-ar părea că creșterea maturativă a coordonării motorii care poartă inevitabil în ea sfidarea independenței provocă o îngustare a realității... (se observă) o neregularitate a creșterii și o vulnerabilitate a Eului la orice frustrare minimă. Anamneza acestor copii lasă să se vadă cu claritate reacții extreme la eșecuri minore... de exemplu, ei abandonează locomotia timp de luni de zile deoarece au căzut o dată” (M. Mahler: Psihoze infantile, Ed. Payot, p. 76-77).

Cităm acest pasaj ca ilustrare a demersului teoretico-clinic al lui M. Mahler: el arată cu claritate cum sunt decriptate simptome datorită presupuției teoretice, care servește apoi organizării tabloului clinic. Astfel evoluția psihozelor simbiotice este descrisă ca o succesiune de manifestări afective ambivalente, când căutare imperioasă a contactului afectiv cu celălalt care ia repede o alură fuzională, când reacție de angoasă și fugă în fața amenințării reprezentate de această aglutinare fuzională. Ambivalența pusă în mișcare de afecte este extremă: copilul poate mușca și îmbrățișa în același timp, mângâia și ciupi...

În același fel, F. Tustin își concentrează cercetările și apoi clasificările pe studii ale conduitei autiste și ale funcțiilor sale defensive. Descrie trei tipuri de autism:

- **autismul primar anormal**, care este prelungirea autismului primar normal: se întâlnește în special în cazurile de carență afectivă gravă (apropiat de hospitalismul descris de Spitz);

- în **autismul secundar de carapace** (ASC) copilul pare să construiască un fel de carapace în jurul eului său la fel ca un crustaceu. Fuga de contact este extremă. Expresia clinică a ASC este apropiată de autismul infantil de tip Kanner;

- **autismul secundar regresiv** (ASR) se caracterizează printr-o regresie protectoare față de teroarea non-eului, necunoscutului. Fragmentarea, dispersia și clivajul sunt mecanisme prevalente. Tabloul clinic, în care domină confuzia între reperele atât interne cât și externe, este apropiat de „alte psihoze precoc”, descrise mai sus sau de ceea ce L. Bender numește schizofrenie infantilă.

În literatura de limbă franceză, problema pusă de psihozele precoc, în afară de autismul de tip Kanner, pare să fie dominată de relațiile dintre simptomele psihotice, dezvoltarea personalității și manifestările din seria deficitară.

Misès a propus conceptul de „**dizarmonie psihotică**” reluat în clasificarea franceză (CFTMEA, 1987) pentru a descrie tablouri complexe ce apar la copii de 3-4 ani și asociate cu tulburări ale stării afective cu anxietate, fobii multiple, variabilitate emoțională, o alterare a comportamentului și a relațiilor sociale (dezinteres, repliere pe sine, relații dificile cu frații, lipsă de empatie și

de înțelegere a celuilalt...), tulburări cognitive variabile (confuzie realitate/imaginar, tulburări ale învățării, gândire de alură magică, trăiri persecutorii sau omnipotente...). Ansamblul reprezintă un tablou cu limite semiologice imprecise, dar care își găsește coerența în descrierea unei funcționări psihice dominată de mecanisme psihotice (v. 4. 1.), conservând totuși capacitățile de adaptare la realitate și de control al izbucnirilor fantasmatiche sau al afectelor. Această entitate ale cărei limite și validitate au putut să pară contestabile se apropie totuși de descrierile recente care încearcă să trieze mai bine grupele de „tulburări pervazive de dezvoltare nespecifice” (DSM-IV, CIM 10), categoric „reziduală” în care se regăsește un număr deloc neglijabil de subiecți. Astfel Towbin (1997), Volkmar, Klein și Cohen (1997) descriu un tablou denumit „tulburări complexe și multiple de dezvoltare” care prezintă analogii incontestabile cu „dizarmoniile psihotice” (Tordjman și colab., 1997).

În sfârșit, Misès izolează în același timp „**psihozele precoce cu expresie deficitară**” caracterizate printr-un nivel de eficiență foarte scăzut. Totuși, nu este vorba de un criteriu distinctiv față de autismul de tip Kanner, deoarece și acolo eficiența este foarte fragilă. Importanța luării în considerare a deficitului pare să aibă o dublă origine: pe de o parte, modalitatea de recrutare, esențialmente instituțională a populațiilor studiate, pe de altă parte, locul considerabil pe care l-a ocupat întotdeauna problema debilității și ecranul pe care acest diagnostic îl plasează înaintea oricărei cercetări psihopatologice, datorită frecvențelor presupuziții organice.

Meritul unor autori ca Misès sau Lang este de a fi știut să clarifice această reciprocitate între factori din seria deficitară și factori din seria psihotică. Constatarea unui deficit mintal nu trebuie să blocheze demersul clinicianului înspre o cercetare etiologică unică, ci să-l incite către evaluarea sursei psihopatologice a acestui deficit în cadrul funcționării mentale.

În plan clinic, toate modalitățile de amenajare simptomatice sunt posibile, de la tabloul dominat de polul deficitar (v. cap. 9, 3.3.) la cealaltă extremitate, tabloul dominat de perturbările relaționale și afective de tip psihotic: izolarea cadrului nosografic prea riguros devine în acest caz factice și aleatorii.

4.6 — FORMELE „DE LIMITĂ”

Nu vom face decât să reamintim aici vastul câmp al patologiei „intermediare” dintre organizările nevrotice și organizările psihotice: în orice caz, raportul cu realitatea pare parțial păstrat, dar natura relațiilor stabile, modul de amenajare a defenselor, trăirea fantasmatică apropiată de aceste forme de ceea ce se observă în psihozele infantile.

Aparțin acestui domeniu (v. cap. 20):

- dizarmoniile evolutive cu elemente psihotice;
- distimiile grave;
- prepsihozele și stările limită;
- parapsihozele;
- organizările caracteriale grave.

Această enumerare nu este exhaustivă.

5. — EVOLUȚIA PSIHOZELOR PRECOCE

Data fiind diversitatea semiologică, divergențele psihopatologice, multiplicitatea ipotezelor etiopatogenice, nu ne vom mira de variabilitatea evolutivă a psihozelor infantile.

Din ansamblul studiilor consacrate acestei probleme, vom reține aici doar marile direcții. În plan pur descriptiv se observă global evoluțiile următoare.

5.1. — EVOLUȚIE CĂTRE DEBILITATE PROFUNDĂ SAU SEVERĂ

Această evoluție este marcată de persistența sau agravarea non-investirii cognitive inițiale. Aceste cazuri evoluează către tabloul encefalopatiilor infantile, păstrând uneori unele trăsături specifice.

5.2. — EVOLUȚIE CENTRATĂ PE AUTISM

Se observă o menținere a stării inițiale „a-relaționale”. Limbajul poate să fie achiziționat, dar rămâne bizar, asintactic, inversiunea pronominală este regulă. Intensitatea autismului constituie o barieră în calea încercărilor de școlarizare sau de inserție profesională în ciuda unei investiții cognitive uneori parțial conservate.

În cele două cazuri precedente, la vârsta adultă tabloul clinic va fi acela al unei psihoze deficitare sau unei psihoze schizofrenice dominată de simptome autiste. Dependența instituțională este în general completă, adultul neajungând la autonomie (hospitalism cu timp integral) sau doar parțial (spital de zi cu program prelungit). Această evoluție se produce la aproximativ un sfert din cazuri (Manzano și colab.).

5.3. — AMELIORARE PARTIALĂ

Simptomatologia evoluează:

- fie către conduite mentalizate de tip fobic sau mai ales obsesional mai mult sau mai puțin handicapante care traduc tentative de închistare și de control intern de către subiect a amenințării de dezintegrare;
- fie către apariția tulburărilor majore de comportament de tip caracterial grav sau psihopat care traduc tentativele de protecție asupra exteriorului ale aceluiași pulsioni distructive.

În aceste ultime forme depășirea adolescenței pare deosebit de dificilă, dar constituie în același timp, prin reelaborarea pulsională pe care o suscită, o posibilă șansă de remanieră. Nu este rar ca adaptarea și toleranța reciprocă dintre copil și mediul său familial să fie brusc întrerupte. În unele cazuri, aceste evoluții temporar haotice permit totuși o reelaborare a organizării fantasmatic și o relativă degajare în raport cu procesul psihotic, finalizându-se în stări „cicatriceale” care pot permite o viață socială cu prețul unei discrete „bizarerii”.

La vârsta adultă, acești pacienți intră în cadrul „tulburărilor de personalitate” cu un deficit cognitiv mai mult sau mai puțin sever, dar frecvent. Inserția socio-profesională este precară, adultul rămâne adesea dependent de mediile protejate sau specializate (CAT). Această evoluție apare în medie la un sfert dintre pacienți.

5.4. — EVOLUȚII FAVORABILE

Se observă uneori: regresia relativă a autismului, achiziția limbajului, adaptarea socială suficientă pentru a permite școlarizarea și ulterior o activitate profesională. Astfel, din 11 pacienți descriși de Kanner în 1943, doi au ajuns la o inserție profesională și unul și-a întemeiat o familie. Totuși, în afara autismului propriu-zis de tip Kanner, unii autori au constatat destul de frecvent evoluții favorabile în ansamblul psihozelor infantile. Astfel, după opinia lui Manzano și colab., majoritatea pacienților vor deveni adulți capabili de o inserție socio-profesională și de o adaptare psihosocială normală sau aproape de normalitate. Acești pacienți ar intra în cadrul „tulburărilor de personalitate”, dar fără deficit intelectual.

5.5. — FACTORI DE PROGNOSTIC NEFAVORABIL

Din ansamblul studiilor catamnestic (Kanner, Eisenberg, Rutter, Goldfarb, Bender, Lebovici, Duché etc.) s-au putut izola unii factori care par a avea o reală

valoare prognostică. De fapt, în plan calitativ, autorii regăsesc frecvent cinci tipuri de factori responsabili de un prognostic nefavorabil.

Existența factorilor organici asociați cu psihoza infantilă

Este vorba nu numai despre o atingere neurologică (Goldfarb), dar și de factori de morbiditate generală (prematunitate, naștere dificilă) sau de episoade somatice (deshidratare: Rivière, Jeammet).

Absența limbajului după 5 ani (Kanner, de Meyer) sau învățarea sa foarte întârziată.

Profunzimea retardului intelectual încă de la prima evaluare (Rutter): cu cât deficitul inițial este mai profund, cu atât prognosticul este mai sumbru.

Precocitatea apariției tulburărilor

Cu cât psihoza este recunoscută mai devreme, în special înainte de 2-3 ani, cu atât evoluția spre persistența autismului grav sau evoluția profund deficitară este de temut (Bender). Totuși se pare că această evoluție global progresivă și regulată protejează copilul de decompensările acute mai frecvente în psihozele cu apariție mai tardivă (Rivière și colab.).

Calitatea familiei (Bender)

Existența unei patologii psihiatrice parentale, părinți separați sau absenți, în mod special lipsa suportului matern, sunt factori de prognostic prost.

Factorii de prognostic favorabil sunt opuși celor precedenți, în special intervalului întârziat al apariției. Unii autori (Lebovici) au subliniat că existența fobiilor sau a manifestărilor obsesionale pot să apară ca un factor de prognostic relativ bun, evitând în special evoluția deficitară.

Natura tratamentului ar influența de asemenea evoluția. Manzano și colab. subliniază importanța menținerii cadrului familial atunci când acesta este satisfăcător și rolul pozitiv al unei relații terapeutice de lungă durată cu aceeași persoană de-a lungul aproape a întregii copilării și adolescențe.

6. — PSIHOZELE CELEI DE-A DOUA COPILĂRII SAU PROBLEMA SCHIZOFRENIEI INFANTILE

Grupăm aici psihozele copilului, ale căror semne manifeste apar între 5-6 ani și 12-13 ani. Ele sunt mult mai rare decât psihozele precoce.

În unele situații clinice destul de rare, conduitele psihotice cele mai manifeste survin după o copilărie mică în aparență normală. Totuși este bine să păstrăm anumite rezerve față de această normalitate și față de apariția unui proces de destrucție analog celui observat în patologia adultului. De fapt ancheta anamnestică permite frecvent regăsirea unor semne care atestă o distorsiune precoce în una sau alta din liniile maturative: anorexie precoce și rebelă, tulburări grave de somn, faze de angoasă extremă la începerea grădiniței, docilitate și submisivitate excesive, ritualuri obsesionale persistente și invazive... Nu este rar faptul ca aceste tulburări să fi fost banalizate de către familie și medicul curant. Pe de altă parte, existența unui eveniment intermitent extern este adesea adus în prim plan de către părinți ca factor declanșant, o dată cu o reconstrucție idealizată a trecutului care șterge cu buretele dificultățile anterioare. „Normalitatea” trecută adesea nu este în realitate decât proiecția către exterior a angoasei parentale.

Totuși, în raport cu alte psihoze precoce, aceste forme ale celei de-a doua copilării survin pe o personalitate mult mai bine structurată, care a atins un grad de maturizare net superior. Astfel, limbajul este deja elaborat, procesele cognitive au fost investite și încep să se elibereze de gândirea magică, realul este perceput ca atare și distinct de imaginar. Manifestările psihotice la această vârstă apar ca și conduite regresive, chiar destructurate în raport cu atitudinile anterioare ale copilului.

Aceste forme clinice pun din nou problema schizofreniei infantile. Dacă apariția acesteia pare excepțională, chiar improbabilă până la 6 ani (Werry, 1996), în schimb după această vârstă studiile retrospective ale schizofreniilor la adulți arată frecventa apariție încă din copilărie a tulburărilor de personalitate, a limbajului, a reglării tonicomotorii. Două fenotipuri clinice ale schizofreniei sunt din ce în ce mai frecvent descrise: unul marcat prin instalarea precoce a dificultăților de dezvoltare neuropsihologice, altul marcat printr-o aparență normalitate a dezvoltării anterioare (Volkmar, 1996).

În toate cazurile, tabloul clinic se constituie în general progresiv și în câteva luni se observă asocierea simptomelor următoare:

6.1. — REACȚIA DE RETRAGERE

Aceasta traduce autismul secundar: puțin câte puțin copilul își pierde tot interesul, rupe relațiile cu amicii, se izolează din ce în ce mai mult în camera lui, refuză să iasă, își oprește activitățile sportive sau culturale. Izolarea afectivă poate deveni extremă, cu indiferență, răceală a contactului. În unele cazuri, copilul își conservă mult timp o adaptare socială de suprafață, dar în general tulburările de comportament vor apărea: refuz școlar fără motiv aparent, fugă nemotivată: rălăcări, vagabondaj, crize de furie sau de agresivitate... Această reacție de retragere poate să meargă până la un apragmatism total și chiar autoechestrare, condusă totuși mai frecvent la adolescent sau la adultul tânăr. Uneori tulburările sunt mai puțin zgomotoase, dar relevă o ruptură de modalități vieții anterioare: hipernvestire într-un sector (colecționări înverșunate, practicarea intensă a unui sport), modificarea conduitelor alimentare...

Contactul poate releva de la început o discordanță, totuși cu atât mai rar cu cât copilul este mai mic: bizarene a contactului, râs discordant, baraje.

6.2. — CONDUITE MOTORII

Acestea se organizează în funcție de doi poli (Misès).

Inhibiție și retragere

Această conduită dovedește o retragere autistă; aspect rigid, mimică săracă. Se pot observa atitudinile catatonice, ele fiind adesea tranzitorii și marcând fazele de agravare.

Instabilitate și agitație psihomotorie

Pot, dimpotrivă, să fie pe primul plan. În unele cazuri este vorba de o instabilitate veche care nu a putut fi niciodată controlată de copil. Pe acest fond de instabilitate survin frecvent episoade acute care par să decompenseze echilibrul fragil anterior: criză de agitație acută sau criză de furie cu comportament hetero-sau autoagresiv, fugi neîncetate sau incoercibile. În alte cazuri, excitația motorie întrerupe conduita obișnuită a copilului: la asta se adaugă adesea tulburări de somn (insomnie), un refuz alimentar, tulburări sfinteriene.

Se observă uneori o veritabilă dezorganizare a comportamentului cu apariția unor conduite foarte impulsive. Acestea se pot limita la violență verbală (împotriva familiei, colegilor, profesorilor), dar se pot exterioriza uneori prin conduite periculoase: agresiuni violente asupra unui terț, pironanie, conduite delincvente.

Trecerile la act sunt imprevizibile, necontrolabile: raționalizarea rece sau indiferența față de aceste conduite este regula.

Excitația psihică este mai rară, putând să semene cu excitația maniacală observată la adultul bipolar. Manifestările timice sunt de fapt frecvente (v. mai jos 6.6.).

6.3. — TULBURĂRILE LIMBAJULUI

Se înscriu uneori în continuarea tulburărilor precoce, dar în alte cazuri dezvoltarea limbajului a fost normală până în acel moment. Atunci se observă:

Posibilitatea mutismului secundar

Merge în paralel cu agravarea retragerii autiste. Puțin câte puțin, copilul încetează să vorbească, adesea mai întâi în afara cercului familial, apoi mutismul poate deveni total. Se observă uneori o menținere a activităților grafice și o posibilitate a comunicării prin scris sau desen (Diatkine).

Regresia formală a limbajului

Traduce adesea un episod acut: destrutturarea organizării lingvistice cu apariția de anomalii identice cu cele din psihozele precoce (inversiune pronominală) putând să meargă până la o dezorganizare completă (întoarcerea la pronunțarea defectuoasă a literelor, limbaj autoerotic). În alte cazuri, se observă apariția neologismelor, a manierismelor verbale.

Hiperinvestirea limbajului

Această hiperinvestire pare destul de specifică pentru unele psihoze ale celei de-a doua copilării: căutarea unui limbaj adultomorf cu un control și o stăpânire absolute. Copilul poate să înceapă să învețe definiții din dicționar sau o nouă limbă... În toate cazurile acest limbaj hiperinvestit apare ca un obstacol suplimentar în comunicare și mai ales în schimburile afective.

6.4. — DEFICITELE INVESTIȚIEI COGNITIVE

În afară de formele deficitare care însoțesc evoluția unei psihoze precoce (v. 4.5), se observă uneori degradări bruște sau chiar prăbușirea capacităților intelectuale. Acestea sunt forme care duc în mod clasic la evocarea noțiunii de debilitate evolutivă (Targowla) sau de encefalopatie evolutivă mascată. Acest

cadru se leagă de acela al „psihozelor grefate” (debilitate peste care se supraadaugă simptome psihotice). Substratul teoretic care susține toată această terminologie este faptul că primul movens al ansamblului de perturbări observate este legat de o etiologie organică care amenință integritatea sistemului nervos central.

În unele cazuri se constată, mai ales în faza acută, o prăbușire a eficienței care poate persista și după această perioadă inițială. Trebuie să menționăm că această sărăcire intelectuală apare adesea ca o apărare împotriva unei trăiri psihotice de fragmentare și de derealizare.

6.5. — TULBURĂRI DE ALURĂ NEVROTICĂ

Nu vom face decât să evocăm frecvența fobiilor cu aspect arhaic și a obsesiilor. Fobiile pot să fie invazive, schimbătoare sau din contră foarte fixe, raționalizate de copil și de către familia sa (v. cap. 17, 2.1.). Manifestările din seria obsesională par a fi foarte frecvente și caracteristice. Ritururile pot să fie vechi (ritururi de culcare), dar se îmbogățesc cu noi manifestări: ritururi de aranjare, de curățare, de spălare (care susțin frecvent frici hipocondriace sau idei delirante de contaminare), de verificare (electricitate, gaz, ușă...), ritururi de atingere, de evitare (să nu atingă ceva anume).

Dacă ideea obsesivă este rară, în schimb investirea obsesională a gândirii poate atinge interese exclusive în sector: interes pentru preistorie sau timpurile străvechi, pentru un anume personaj, pentru cifre, pentru mecanică, pentru calcul (calculator al calendarului...). Abordarea psihopatologică a conduitei este înfățișată în capitolul 17, 2.2.

6.6. — MANIFESTĂRI TIMICE

Acestea sunt frecvent asociate, punând indirect problema psihozelor distimice (CFTMEA), a grupului de tulburări schizo-afective (CIM 10, DSM) și în plus pe aceea a apariției în copilărie a unei patologii bipolare (v. cap. 18, 5.) al cărei diagnostic este întotdeauna dificil la această vârstă. Prezența lor pune astfel problema limitelor și a sensului semiologiei depresive la copil (v. cap. 18, 2.).

Indiferent ce ar fi, se observă perioade de instabilitate majoră cu agitație sau hiperactivitate motorie, și mai rar psihică (manie), afecte de distrugere, ruină, de depresie, gânduri de moarte, chiar și de suicid, sentimentul de a fi respins (sentimente adesea accentuate prin respingerea obiectivă din partea colegilor), de a deveni nul (întărit prin scăderea eficienței școlare), de a pierde contactul cu realitatea...

6.7. — MANIFESTĂRILE RUPTURII DE REALITATE

Distincția dintre fantasmă, reverie și realitate se elaborează progresiv la copil (v. cap. 10, 1.). Se poate considera că înainte de 6 ani distincția este prea fragilă, atât pentru a vorbi de minciună, cât și de delir. Începând cu această vârstă, bruscă invazie a gândirii prin manifestări delirante ideative sau senzoriale este posibilă, dar rămâne o eventualitate rară. În cursul episoadelor acute marcate de o angoasă extremă, se observă frecvent:

- bufee de angoasă hipocondriacă sau cenestezică: dureri de cap, de burtă, senzații somatice diverse, dureri de spate, de membre etc. Angoasele hipocondriace traduc fragilitatea trăirii corporale, sentimentul de transformare sau pericolul fragmentării;
- ideile delirante polimorfe apropiate adesea de o fantasmare prea ușor exteriorizată; acestea sunt vagi, labile, puțin consistente. Elementele cu tentă persecutivă sunt cele mai frecvente. Organizarea unui delir constituit, elaborat, este rară la copil, dar se poate observa mai ales atunci când anturajul familial joacă un rol facilitant;

- existența halucinațiilor (percepții senzoriale fără obiect) rămâne discutabilă pentru unii autori. Este adevărat că frecvența lor admisă depinde mult de rigoarea cu care sunt definite. Frontiera cu reveria imaginativă sau cu fantezia nu este întotdeauna ușor de determinat (v. cap. 10, 1). Halucinațiile sunt cel mai frecvent auditive, apoi vizuale și cenestezice. Destul de caracteristice atunci când sunt însoțite de o atitudine de ascultare, ele sunt în general puțin elaborate (strigăt, pocnet, ordin simplu).

7. — IPOTEZELE ETIOLOGICE: ASPECTUL GENETIC

Conform cu Carlier și Roubertoux, vom distinge factorii genetici găsiți în psihozele precoce și cei proprii psihozelor celei de-a doua copilării.

7.1. — GENETICA PSIHOZELOR PRECOCE

Pornind de la copilul autist, studiul riscului la părinți sau în frăție este variabil. După Roubertoux, riscul de schizofrenie la ascendenți ar fi nul. Experiența noastră personală, clar limitată la câteva cazuri, vine împotriva unei

asemenia afirmații (un băiat autist cu tată schizofren, un băiat autist cu tată și bunică paternă schizofreni).

Riscurile înregistrate în frăție oscilează între 1,6 și 2,8%, clar superioare ($\times 188$) riscurilor din populația generală ($8,6 \times 10^{-5}$). Totuși, evaluarea statistică este afectată de numeroși factori, mai ales copil încă mic, frecvente avorturi spontane la mama copilului autist. Pe lângă autismul tipic, autorii semnalează în plus în frăție existența autismului atipic (Bolton și colab., 1994: 2,9%), proporție care este nulă în caz de trisomie 21. Această constatare a unui risc mai ridicat în frăție nu permite distingerea clară a factorilor genetici propriu-ziși de factorii de mediu și educativi.

Studiul pe gemeni (Rimland, 1964; Folstein și Rutter, 1977) pune în evidență o concordanță mai ridicată a autismului la gemenii monoziigoți (100% la Rimland, 36% la Folstein și Rutter) față de gemenii diziziigoți. Mai recent, Bailey și colab. (1996) găsesc o concordanță de 69% la gemenii monoziigoți, în timp ce la diziziigoți este 0%. Aceste rezultate sunt în favoarea intervenției factorilor genetici, dar metoda nu permite tranșarea în favoarea unui mod de transmitere.

7.2. — GENETICA PSIHOZELOR CELEI DE-A DOUA COPILĂRII

Studiile genetice tind să pună în evidență faptul că grupele de psihoze infantile tardive este distinct de cel precedent.

Riscul la ascendenți este variabil în funcție de autori, putând să meargă de la 0% (Rutter) până la 43,3% (Bender). Totuși categoriile nosografice adoptate de către L. Bender sunt foarte flexibile (probabil schizoidie?). Când se adoptă un criteriu mai strict și cuantificabil (existența unui hospitalism psihiatric la ascendenți), riscul este de 2,5% în medie. Acest risc este superior riscului mediu din populația generală (0,8%).

Riscul în frăție variază de asemenea între 0,67% și 9%, dar majoritatea autorilor nu precizează vârsta frăției, nici la examinare, nici la începutul bolii.

Din ansamblul acestor studii asupra riscului morbidității, se poate spune că ele „tind să confirme caracterul familial al psihozelor infantile altele decât autismul, fără să fie posibil de spus dacă acest lucru este imputabil factorilor genetici sau factorilor comuni de mediu” (Carlier și Roubertoux).

Studiul gemenilor se bazează în principal pe lucrarea lui Kallmann și Roth, pe 52 de perechi. Concordanța psihozelor infantile tardive este de 70% la monoziigoți și de 17% la diziziigoți, procent analog celui care se observă în patologia adulților și sugerând ipoteza unei continuități patogenetice între psihozele infantile tardive și psihozele adultului.

7.3. — CONCLUZIE

Carlier și Roubertoux concluzionează studiul lor prin remarcile următoare:

– analiza genetică arată că autismul infantil este o entitate nosografică diferită de celelalte psihoze infantile;

– psihozele tardive prezintă probabil o heterogenitate etiologică. Ipoteza unei heterogenități genetice trebuie să fie reținută (mod de transmitere diferit conducând la același fenotip).

Autorii se arată în general extrem de prudenți, se feresc de orice afirmație întempestivă în materie de psihoze infantile și de genetică: originea genetică este o ipoteză probabilă, dar nu unică și nici sigură ca modalitate.

8. — IPOTEZELE ETIOLOGICE: ASPECTELE NEUROPSIHOLOGICE

8.1. — REZULTATE ALE CERCETĂRILOR

Lucrările consacrate cercetării unei anomalii organice în psihozele infantile sunt foarte numeroase, mai ales în domeniul mai precis al autismului infantil descris de Kanner. De mai mulți ani rezultatele se acumulează părănd să arate existența unei anomalii neuropsihologice (sau a mai multora), al cărei sediu, natură și rol nu sunt totuși precizate riguros.

Studiile cromozomiale și genetice. — Unele cazuri de asociere a autismului și anomaliilor genetice au fost descrise: X fragil, asociație cu o fenilcetonurie. Totuși aceste asociații nu sunt regula.

Studiile anatomice au dat rezultate contradictorii. Courchesnes și colab. (1988) au pus în evidență o atrofie a cerebelului (lobului VI și VII); dar aceste rezultate nu au fost confirmate de alte studii. Piven și colab. (1996) găsesc o creștere semnificativă a volumului cerebral care nu afectează decât anumiți lobi corticali (temporal, parietal și occipital, dar nu și cel frontal), și a cărei semnificație rămâne misterioasă.

Studiile electroencefalografice (EEG) relevă frecvent existența anomaliilor dar care nu sunt nici localizate, nici specifice (anomalii paroxistice difuze, bufee de unde lente...).

Studiile biochimice se adresează diferitelor domenii: neurotransmițători (serotonină, catecolamine), enzime (dopamin beta-hidroxilaza...), unele linii metabolice (calciu, aminoacizi, peptide etc.). Astfel D. Sauvage subliniază: „nu este posibil la ora actuală să descriem o semiologie biologică proprie autismului“. Dar incontestabil rezultatele acestor diverse studii arată existența perturbărilor care totuși sunt variabile, inconstante și cu semnificație încă imprecisă. Cel mai constant dintre rezultate este probabil creșterea concentrației sanguine a serotoninei la pacienții autiști. Totuși este încă dificil de dat un sens exact acestei creșteri (tulburare a reglării, exces de sinteză, defect de catabolism, sediu central sau periferic etc.).

Cercetarea unei deficiențe senzoriale minime nu a pus niciodată în evidență, cu excepția cazurilor bine cunoscute de asociere psihoză-surditate sau psihoză-cecitate (v. cap. 14, 1.), nici cel mai mic indiciu când explorările nu au condus la participarea activă a subiectului.

O ultimă ipoteză biochimică sau enzimatică constituie o interesantă cale de cercetare: constatând frecvența avorturilor la mamele copiilor autiști, unii autori au avansat ipoteza unei anomalii a unei enzime fetale (moleculă indispensabilă în timpul vieții fetale, dar devenind inutilă după naștere sau puțin după aceea).

În afară de aceste lucrări, numeroși autori avansează ipoteze etiologice: în majoritatea cazurilor obiectivul este de a delimita o eventuală anomalie care ar fi responsabilă de dezvoltarea psihozelor infantile, acestea fiind concepute după modelul medical: etiologie → anomalie cerebrală → sindrom → simptom. Este evident că autismul de tip Kanner, în pofida rarității sale, se pretează deosebit de bine, datorită tabloului său clinic stereotip, la un asemenea model. Vom trece rapid în revistă principalele ipoteze subliniind că nici un element de certitudine nu le poate susține.

8.2. — TULBURĂRILE PERCEPTIV-SENZORIALE

Existența perturbărilor senzoriale constituie fundamentul etiologic propus de unii autori. Astfel, Goldfarb și Pronovost estimează la copilul psihotic faptul că evită folosirea receptorilor de distanță (văz, auz) și privilegiază receptorii proximali (atingere, miros, gust). Rimland consideră că autiștii sunt inaccesibili stimulilor externi, poate datorită unor leziuni situate în sistemul reticulat. Din contră, Bergman și Escalona au estimat copilul psihotic ca apărându-se prin reacția de retragere împotriva unei sensibilități exagerate la stimuli externi mai ales auditivi și vizuali.

La ora actuală, ipoteza unei tulburări perceptive păstrează argumentele chiar dacă existența unui deficit senzorial simplu a fost îndepărtat în avantajul unei tulburări perceptive mai complexe al cărei rezultat ar fi o sensibilitate anormal de ridicată la anumiți stimuli senzoriali (în mod special auditiv, dar și tactil, gustativ, vizual). Această sensibilitate exagerată ar putea proveni:

- dintr-un defect de filtrare a stimulilor senzoriali (de unde frecvența anomaliilor EEG observate: ritm rapid abundent, potențiale evocate ale trunchiului cerebral cu o latență modificată...);
- dintr-un defect de integrare a stimulilor proveniți din diverse modalități senzoriale într-o percepție unificată și coerentă;
- din anomaliile de discriminare, structurare și de memorizare a stimulilor senzoriali.

Aceste tulburări de percepție se apropie de perturbările de coordonare vizualo-manuală observate la autiști (A. Bullinger, 1989): mâna și vederea (vederea foveală) nu se centrează simultan pe obiect; în acroșarea obiectului una sau cealaltă se decalază sau se desprinde, de unde reiese următorul fapt: coordonarea vizualo-manuală nu mai implică sistemul tactil lemniscal care integrează proprietățile spațiale ale obiectului, ci mai degrabă sistemul spinotalamic implicând aspecte mai curând calitative. Este imposibil de spus dacă aceste anomalii sunt cauze sau consecințe ale comportamentului autist, dar ele pot să explice anomaliile perceptive observate.

8.3. — TULBURĂRI COGNITIVE

Alți autori situează preferențial anomalia nu în domeniul senzorial, ci chiar în miezul proceselor cognitive. Dincolo de tulburările de inteligență și de întârziere a limbajului sub diferite aspecte (v. cap. 3, 2.1.), unii autori au evocat o tulburare cognitivă mai specifică. Este dificil de disociat tulburarea de limbaj și tulburarea de simbolizare. Totuși, în această din urmă perspectivă a fost observat eșecul copiilor autiști în sarcinile de imitare; capacitatea de identificare a unui obiect după mimare pare a fi de asemenea foarte redusă (Rutter și Cox, 1975), tot așa cum autistul pare puțin capabil să mimeze (sărăcie gestuală și mimică, scurtarea secvențelor) (Attwood, 1984).

Aceste constatări îi conduc pe unii autori la evocarea unui „defect cognitiv” (Rutter) care ar fi la originea dificultăților sau a incapacității copiilor autiști de a percepe și discrimina diferite afecte, emoții (în special la nivelul mimicii faciale), dar și de a aprofunda cunoașterea celui alt (de exemplu incapacitatea de a-și reprezenta gândurile sau emoțiile celui alt, incapacitatea de a imita conduitele sociale). Totuși, sediul și mecanismul acestui „defect cognitiv” rămâne să fie precizat.

Mai recent, în cadrul **teoriei minții**, Baron-Cohen (1993) avansează ipoteza unei incapacități a copilului autist de a atribui celui alt „o falsă credință”, plecând de la modelul experimental stabilit pe baze etiologice (v. cap. 10.2. și 10.3.). Cu toate acestea, dovada acestei incapacități de a-i atribui celui alt o falsă credință pare dificil de stabilit și depinde în mare parte de contextul experimental (Hughes Cl., 1994).

Aceste ipoteze se dublează în general cu o perspectivă dezvoltamentală: defectul inițial împiedică capacitățile de comunicare și de schimb social ale copilului, îi accentuează izolarea, lipsa sa de stimulare creează într-un fel un cerc vicios patogen. Numeroase programe educative sau reeducative (v. cap. 10, 2. și 3.) vizează exact contribuția cu stimulări cognitive complementare.

9. — ABORDARE PSIHOPATOLOGICĂ ȘI IPOTEZE CU PREDOMINANȚĂ PSIHOGNETICĂ

9.1. — ABORDARE PSIHOPATOLOGICĂ

Dacă există mari variații semiologice de la un copil psihotic la altul, variații reîntărite de diferențe de vârstă importante, în unele elemente în orice caz, apare o certă similitudine psihopatologică. Vom descrie aici natura funcționării mintale („cum”-ul psihozei) fără a prejudicia procesul inițiator („de ce”-ul).

Nucleul psihotic

Acest ansamblu de trăsături psihopatologice ar putea să constituie ceea ce unii autori numesc „**nucleul psihotic**”, terminologie la care noi subscriem cu condiția totuși ca prin aceasta să nu se subînțeleagă ipoteza unui proces patogen oarecare (în același fel ca anomalia enzimatică a fenilketonuriei, de exemplu). Prin nucleul structural psihotic, noi ne referim la un ansamblu de mecanisme psihopatologice care conduc la mentalizări sau acțiuni, a căror grupare sau asociere se observă frecvent la acest tip de pacient. A vorbi de „nucleu psihotic” implică deci a nu ne situa în axa etiologică, ci doar în axa psihopatologică. Din acest punct de vedere, „nucleul structural psihotic” se referă la:

- *existența unei angoașe primare de aneantizare*, de fragmentare sau de aglutinare, implicând disoluția sau distrugerea completă a individului. În clinică, crizele de angoasă ale copiilor psihotici pot să atingă grade extreme;
- *non-distinguția dintre self și non-self*, necunoașterea propriilor limite și a

limitelor celui alt. Traducerea clinică poate să fie absența zămbetului la vederea figurii umane, non-apariția angooasei de străin sau reacții paradoxale, manipularea corpului propriu sau a corpului celui alt ca instrument extern, neatenția asupra limitelor propriului corp cu o mare frecvență a căderii, rănirii, accidentării, fără atitudine de protecție;

– *ruptura de realitate*, consecința absenței delimitării precise a conturului sinelui: realitatea externă este inclusă în sine, și îi amenință în permanență existența. În clinică, se observă cel mai frecvent apărarea împotriva acestei rupturi de realitate, ilustrată prin nevoia imperioasă de „inutilitate” sau prin replierea autistă și atitudinile care o însoțesc. Minime schimbări externe pot astfel să suscite apariția unei reacții de catastrofă: schimbarea decorului, noua coafură a mamei sau a îngrijitoarelor...;

– *prevalența proceselor primare* asupra proceselor secundare: non-investirea timpului și/sau a spațiului, asociat cu caracteristicile precedente, mențin copilul psihotic în registrul proceselor primare unde tot afectul trebuie să fie evacuat instantaneu, altfel riscă fie de a anihila subiectul, fie de a fi el însuși anihilat. Această prevalență a proceselor primare dau seama de diferite mecanisme de apărare utilizate de către copilul psihotic, în special de rolul jucat de descărcarea motorie externă: importanța trecerilor la act, a hetero- și autoagresiunilor, a tulburărilor de comportament, a stereotipiilor sau legănărilor, mai ales când copilul este copleșit de un afect:

– *absența legăturilor dintre pulsunile libidinale și pulsunile agresive* sau, pentru unii autori, între pulsunile vieții și pulsunile morții, conduce la o stare de dezintegrare pulsională și la o predominanță a pulsuniilor agresive sau pulsuniilor morții. Fantasmăle sunt invadate de aceste pulsuni mortifere: fantasme de aglutinare, de anihilare, de fragmentare, de devorare, de explozie etc., fără ca pulsunile libidinale să poată „lega” sau „secundariza” astfel de fantasme, de unde și particularitățile angooasei;

– *utilizarea mecanismelor de apărare arhaice*. În fața acestei absențe de coerență și de limite ale eului și persoanei, în fața acestei vieți fantasmatică dominată de procese primare, angooasă arhaică și fantasme distructive, funcționarea mentală utilizează mecanisme de apărare specifice pe care le numim arhaice. Le vom evoca succint:

– *identificarea proiectivă* este cauza și consecința indistinției self/non-self. În mod special studiată de către autorii kleinieni, identificarea proiectivă patologică menține copilul într-un univers haotic. Își poate găsi ilustrarea clinică în inversarea pronominală care este frecventă (copilul psihotic repetă cuvintele auzite, fără să fie capabil să se constituie ca subiect al discursului său, nefind niciodată decât purtătorul de cuvânt al celorlalți);

– *clivajul* prezintă numeroase consecințe: viața afectivă, intelectuală, mediul

sunt fără încetare obiect al unei fragmentări care face dificilă achiziția unei experiențe de continuitate în trăire. Cel mai frecvent este vorba de un clivaj calitativ conducând la o lume de contraste: *bun-rău, bine-rău, fuziune-aban-don, iubire-ură*, fără continuitate, fără posibilitate de trecere de la unul la celălalt;

– *introiecție, refuz, idealizare, omnipotență* (acestea din urmă fac parte din ceea ce se cheamă „apărări maniacale”) sunt de asemenea descrise. Aceste mecanisme sunt corelate cu cele anterioare cărora le reîntăresc adesea efectele. Astfel, idealizarea duce la constituirea unui obiect magnific, atotputernic, dar în același timp reductibil (adesea imaginea mamei) de la care el trebuie să obțină protecție, dar cu prețul renunțării la individualizarea sa.

Această primă linie de apărări reprezintă, în ansamblu, ceea ce M. Klein a numit poziția schizoparanoidă, pe care ea a descris-o pornind de la copiii psihotici care au fost în analiză cu ea (v. cap. 1, 4.3.).

„Poziția autistă”

Numeroși autori emit în prezent ipoteza unei stări încă și mai arhaice, *poziția autistă* (Marcelli, 1983) care se caracterizează prin utilizarea unor mecanisme de apărare mai specifice. D. Meltzer (1981) a propus procesele următoare:

– *identificarea adevivă* care produce o dependență absolută, în care nu există nici un fel de existență separată, nici o limită între obiect și persoană. Identificarea adevivă determină o dependență extremă de suprafața obiectelor, de aparența lor, cu o sensibilitate la rupturi. În schimb, în interior, starea afectivă internă a obiectelor este în general ignorată. Conduita atât de caracteristică a copiilor autiști de a lua mâna celui alt pentru a o folosi ca prelungire de sine poate fi considerată ca un exemplu de identificare adevivă cu atât mai mult cu cât i se asociază în general absența pointing-ului (v. cap. 1, 2.2.) (D. Marcelli, 1983);

– *dezmembrarea* este un proces pasiv, care constă în a lăsa la întâmplare, a decupa experiențele după liniile de senzorialitate pentru a ajunge la o colecție dispersată de obiecte unisenzoriale, adică purtătoare ale unei singure și unice calități: vedere, atingere, simțire, auz, sunt senzații separate unele de altele și de care se atașează un fragment de obiect sau un obiect perceput într-un singur registru senzorial; experiența emoțională este de asemenea dispersată după liniile senzorialității. În clinică, utilizarea obiectelor autiste (v. cap. 11, 2.4.), marionete mecanice dezarticulate, roți care se învârtesc nedefinite, ilustrează rolul dezmembrării.

Dacă „poziția autistă” în dezvoltare permite bebelușului să țină la distanță stimulii prea violenți și neintegrabili, să-și simplifice mediul proximal și să-l investească ierarhic (D. Marcelli, 1986), „poziția autistă” fixată conduce la următoarele defecte de organizare: gândirea procedurală prin contiguitate, fără formare de simbol, utilizarea mecanismelor de identificare adevivă, de dezmem-

brare, conducând la crearea de obiecte parțiale plane, bidimensionale, obiectul autist indefinit manipulat fiind un astfel de exemplu, organele de sprijin principale ale gândirii bidimensionale rămânând pielea și organele senzoriale proximale.

Astfel descris succint acest „nucleu psihotic” care se organizează în jurul poziției schizoparanoide sau a poziției autiste (sau, mai mult, cazul cel mai frecvent, care oscilează între cele două poziții) se observă în diverse forme clinice de psihoze infantile cu câteva variante care traduc în realitate prevalența unuia dintre aceste mecanisme asupra celorlalte. De altfel nu este neobișnuit să se observe, în cursul creșterii la același copil, schimbări de conduite care traduc evoluția în cadrul amenajării defensive. Ni se pare astfel că există o continuitate structurală în interiorul ansamblului de psihoze infantile, ceea ce nu implică, o repetăm, o identitate etiologică.

9.2. — IPOTEZA PSIHOGNETICĂ CENTRATĂ ASUPRA MEDIULUI: ROLUL PĂRINȚILOR

Grupăm aici anumite afirmații teoretice sau descrieri clinice în care anturajul, în sensul cel mai larg, joacă un rol important în apariția și apoi menținerea psihozei copilului. Aceste ipoteze etiologice nu sunt întotdeauna exclusive: alți factori constituționali, ereditari, dobândiți, psihogenetici sau organici se pot asocia.

Literatura referitoare la părinții copiilor psihotici este bogată, dar în realitate orientată aproape exclusiv asupra studiului părinților copiilor autiști. Puține lucrări au fost consacrate contextului familial al psihozelor celei de-a doua copilării, care sunt în general grupate împreună cu studiile privind familiile de schizofreni adulți. Noi nu vom face decât să cităm punctele care par cele mai pertinente pentru psihozele infantile.

Kanner a fost primul care a descris un anume profil psihologic la părinții a unsprezece copii autiști, obiecte ale primelor sale lucrări. Reamintim că acești părinți se caracterizează, după el, printr-un nivel intelectual și socio-cultural ridicat, prin răceală, prin mecanicitate și obsesionalitate de suprafață: părinți politicoși, respectabili, reci; ei își observă copilul mai mult decât îl iubesc. „Copiii erau obiect de observație și de experimentare, priviți cu ochi critic mai degrabă decât cu o căldură autentică și cu bucuria de a trăi”.

În realitate, se pare că aceste caracteristici, în mod cert frecvente, nu sunt constante, ele rezultând în parte din modul de selectare a populației studiate de către Kanner.

Plecând de la studii mai recente (Rutter, Goldfarb și Meyers, Ackerman), se poate reține:

— o origine și un nivel sociocultural variabil, dar care pare să se repartizeze

mai degrabă către două extreme: un pol de nivel foarte defavorizat și un pol de nivel cultural superior;

— suprareprezentarea situațiilor dificile (divorț, cuplu incomplet, plasare în instituții);

— o frecvență ridicată a depresiei materne în timpul sarcinii și post-partum (Ferrari, 1991, v. cap. 22, 2.2.);

— o atmosferă și o organizare familială adesea confuze: rolurile parentale sunt puțin diferențiate sau schimbătoare, limitele generațiilor sunt slab precizate și nesigure. Unii autori consideră de altfel că sunt necesare trei generații pentru a „fabrica” o psihoză infanțială (Bowen, Lebovici);

— situațiile de dramă (Ackerman), de dezastru parental (Goldfarb și Meyers), de mistificare (Lang) sunt obișnuite: copilul psihotic este adesea obiect de proiecții parentale fantasmatiche intense și contradictorii, fără nici un raport cu realitatea existențială proprie. De asemenea, frontierele dintre realitate și fantasmele familiale sunt vagi;

— în sfârșit au fost descrise de către grupul de cercetare de la Palo Alto (Bateson, Watzlawick, Beavin) modele particulare de comunicare intrafamiliale întâlnite în familiile de schizofreni. Se regăsesc de asemenea în familiile copiilor autiști.

Astfel „dubla legătură” (*double bind*) este un mod particular de comunicare impus de către o persoană (mama sau un alt membru important al familiei), iar celălalt (copilul) nu poate să scape. Emițătorul adresează un mesaj dublu contradictoriu în conținutul său, dar emis la niveluri diferite: de exemplu mesajul verbal asociat cu un mesaj analogic (mimică, inflexiune a vocii etc.) cu semnificație opusă. Plasat în această situație din care nu poate scăpa, având în vedere importanța vitală în care se află de a păstra legătura, receptorul (copilul) este în imposibilitatea de atribui „tipare logice” perceptelor și mesajelor și de a da un răspuns adaptat. Răspunsul „nebunesc” nu este decât o tentativă disperată pentru a satisface această „dublă legătură”.

Dincolo de această „legătură dublă”, Watzlawick descrie alte modalități de comunicare patologică („tangentializări”, „descalificări”, „paradoxuri”) care par reperabile mai ales în familiile de schizofreni adulți.

Oricare ar fi valoarea dată acestor ipoteze etiologice, pare artificial în zilele noastre să vrem să definim o tipologie caracterială a părinților copiilor psihotici, înăd seama că este în mod obișnuit imposibil să facem trierea între reacțiile parentale la psihoza copilului lor și cauzalitatea parentală a psihozei copilăriei.

Anumite lucrări tind să arate intensă confuzie pe care reacția unui copil autist o poate suscita la mamă, modificând astfel conduitele sale obișnuite: non-acroșarea privirii, absența oricărei atitudini anticipatorii, dialogul tonic perturbat sau existent, sunt de altfel atitudini care nu aduc mamei nici una dintre satisfacțiile

așteptate ale maternajului, și nu pot să o gratifice. Aceste atitudini ale copilului, uneori foarte precoce, pot să determine la mamă o confuzie, apoi o distanță, o conduită aparent mecanică sau o respingere. Astfel, pentru Soulé, mama copilului autist nu poate face deloc copilului său imaginar (copilul fantasmatic al nopții sau al imaginarii) dată fiind imposibilitatea sau incapacitatea sa de a stabili o comunicare mutual satisfăcătoare cu copilul real (copilul autist al zilei și al cotidianului). Într-o asemenea dialectică, și cunoscând importanța crucială a primelor schimburi mamă-copil, devine repede dificil și arbitrar a face demarcația dintre ceea ce este cauză sau consecință în comportamentul părintelui și al copilului.

9.3. — IPOTEZELE PSIHOGENETICE CENTRATE PE COPIL SAU PE INTERACȚIUNEA PĂRINTE-COPIL

Contribuția lui M. Klein, indiferent care sunt controversese pe care le suscită, rămâne esențială. Reamintim că, pentru această autoare, dezvoltarea copilului normal trece prin faze arhaice, primele angoase psihice fiind de natură psihotică: apărările organizate împotriva acestor angoase psihice caracterizează „poziția schizoparanoidă”, proprie primelor luni de viață. Psihoza infantilă nu ar fi într-un fel decât persistența acestei faze dincolo de perioadă normală. Totuși, M. Klein nu face confuzia care i se atribuie adesea dintre dezvoltarea normală a bebelușului și starea unui adevărat bolnav: în cazul unui psihotic, copil sau adult, persistența și exacerbarea modalităților arhaice de apărare se datorează intensității pulsionilor agresive și distructive care nu au putut permite deplina dezvoltare a pulsionilor libidinale. De fapt, pentru a se apăra împotriva agresivității primare resimțită ca periculoasă și mortiferă, subiectul psihotic fragmentează, clivează și proiectează afecțele asupra obiectelor înconjurătoare: astfel, prin *clivaj și identificare proiectivă*, obiectele înconjurătoare își pierd caracteristicile proprii, devin persecutorii și periculoase. Pentru a se apăra, subiectul psihotic introiectează părțile bune ale obiectelor și ale sinelui într-un ansamblu confuz, dar care trebuie să fie omnipotent și atotștiutor (apărare maniacă) pentru a lupta împotriva obiectelor rele externe.

În timp ce la copilul normal proba realității, evoluția maturizării, permanența pulsionii libidinale permit depășirea poziției schizoparanoide, atingerea poziției depresive și accesul la ambivalența nevrotică, la copilul psihotic intensitatea pulsionilor agresive (fie că acestea sunt de origine congenitală sau dobândite printr-un maternaj inadecvat) interzice orice reificare a obiectului și sinelui, accentuează clivajul și identificarea proiectivă, menține subiectul în această poziție arhaică.

Fără a relua bazele acestei teorii, continuatorii lui M. Klein își orientează atenția către anumite puncte particulare. Astfel H. Segal descrie începutul organizării simbolice. La copilul psihotic, prin faptul specific al identificării proiective, există ceea ce se numește „ecuație simbolică”: obiectul originar și simbolul nu sunt diferențiate în gândirea psihotică. Permutările între fragmentele de obiecte și fragmentele de eu sunt neînțetate, estompând conturul realității și împiedicând întreg accesul la lumea simbolică, deci la gândire.

F. Tustin își axează cercetările asupra „depresiei psihotice”, sentimentul de ruptură în continuitate, creând „o gaură neagră înfricoșătoare” împotriva căreia copilul luptă prin mecanisme arhaice de tip închistare sau repliere autistă sau prin identificare proiectivă sau maniacă. Astfel, copilul caută să neghe toate discontinuitățile dintre corpul său și mediu, pentru a-și păstra, atât cât se poate, un minim sentiment de continuitate. „Urmele autiste” au precis acest rol: persistența unei „senzații restante chiar în absența obiectului”, întreaga investire a atenției copilului autist centrându-se asupra acestei senzații corporale, garant al sentimentului de continuitate.

„*Formele autiste*”, senzațiile pe care copilul și le procură plecând de la pielea sa, de la mucoase sau de la secreții, „obiectele autiste”, indefinit manipulate pentru calitățile lor sensoriale, „cochilia autistă” în care copilul se izolează datorită acestei autosenzorialități pervazive, reprezintă diverse tentative descrise de F. Tustin pentru a lupta împotriva „găurii negre”.

D. Meltzer, mai puțin centrat asupra prăbușirii depresive dar mai atent la un conflict psihic foarte precoce, propune ipoteza unui „conflict estezic” între suprafața atrăgătoare și fascinantă a obiectului și profunzimea sa, necunoscută și angoasantă: investirea „mamei” ar oscila între cele două tendințe și în cazul autismului ar rămâne fixată la suprafață. În Franța, un întreg grup de clinicieni în jurul lui G. Haag (noțiunea de identificare intracorporală) și al lui D. Houzel (angoasă de precipitare, lume turbulentă) a reluat și a urmărit aceste ipoteze.

Margaret Mahler studiază evoluția relației mamă-copil sub unghiul specific al autonomizării progresive a acestuia din urmă.

În lumina studiilor de psihologie genetică (Spitz) și a teoretizărilor lor (Hartman), M. Mahler descrie mai multe faze și subfaze ale acestei autonomizării.

În „faza autistă inițială” sau „autismul normal”, bebelușul nu are conștiința nici a individualității lui, nici a mamei sale: el oscilează între faze de satisfacție și faze de nevoie. El este atunci într-o stare de „dezorientare halucinatorie primară”, satisfacția nevoilor sale relevându-i unica sa omnipotență autistă. Încetul cu încetul, copilul accede la „faza simbiotică” atunci când devine „capabil să aștepte și să anticipeze cu încredere satisfacția”, aceasta datorită urmelor mnezice lăsate de plăcerea satisfacției. Pura nevoie fiziologică devine „dorință”, apare un început de Eu și de obiect simbiotic. Având mai întâi o conștiință confuză a

„principiului maternant”, copilul se vede inițial unit cu mama bună în interiorul unei membrane simbiotice, în timp ce obiectele rele sunt proiectate în exteriorul acestei membrane asupra lumii înconjurătoare. În acest stadiu pericolul extrem este acela al unei pierderi de obiect simbiotic care echivalează cu o pierdere a unei părți din eu. O a treia fază, numită de separare-individuare (de la șase la treizeci de luni) apare „când copilul este, prin dezvoltarea sa, foarte aproape de funcționarea autonomă, iar acest lucru îi face plăcere”: explozia motorie a copilului îi permite să se îndepărteze de mamă, continuând să o folosească ca „reper extern de orientare”. Puțin câte puțin, interiorizarea obiectelor și dobândirea noțiunii de permanență a obiectului dau asigurarea necesară pentru autonomizare. Totuși există un decalaj între noțiunea de permanență a obiectului (după Piaget) și achiziția unei permanențe a obiectului libidinal: acesta din urmă este mult mai progresiv „scârțâind, zgâlțâit și mai degrabă instabil până la treizeci de luni”. În acest stadiu, riscul major este acela al unei pierderi de obiect. Psihoza infantilă este concepută de M. Mahler ca rezultat al eșecurilor în procesul de individurare a căruia origine se găsește atât la copil („incapacitatea înăscută a eului de a neutraliza pulsunile, defect al capacității perceptive primare a eului, efectele dezorganizatorii ale panicii corporale a copilului asupra unui eu fragil”) cât și la mamă. Astfel în dezvoltarea copilului anumite faze nu pot să fie depășite din cauza unei angoase masive care suscită accesul la palierul următor. Pentru a se apăra copilul utilizează ceea ce M. Mahler numește „mecanisme de menținere” care se opun progresiei dezvoltării. Organizările patologice nu sunt deci simple fixații la un stadiu normal de dezvoltare; se adaugă întotdeauna mecanisme specifice care tind să blocheze fluiditatea structurală obișnuită.

În cazurile de *psihoză autistă*, mecanismul de menținere este o conduită halucinatorie negativă care anulează toate percepțiile lumii externe, inclusiv mama. În cazul *psihozelor simbiotice*, principiul matern este recunoscut, dar copilul oscilează între o dorință de fuziune absolută cu obiectul bun parțial, și teama de reagrutinare sau de anihilare în acest obiect. Mecanismele de menținere se organizează în jurul clivajului, între o unitate atotputernică mamă-copil, și o proiectie persecutorie asupra lumii exterioare. Psihoza devine patentă când iluzia unității mamă-copil nu poate fi menținută în fața progresului maturizării neurofiziologice (spre 3-4 ani).

În realitate, această opoziție între psihoză autistă și psihoză simbiotică va deveni mult mai puțin netă în cursul lucrărilor lui M. Mahler, autoarea recunoscând existența a numeroase forme de tranziție.

Pentru Winnicott, originea psihozei infantile este de căutat în avaturile relației de adaptare reciprocă între o mamă și copilul său, în special atunci când copilul încearcă o „deziluzie” în privința ei. Până atunci copilul trăiește „într-o iluzie de atotputernicie” deoarece mama suficient de bună susține copilul

(*holding*), îl îngrijește (*handling*) și îi prezintă obiecte (*object-presenting*) în așa fel încât el să aibă sentimentul de a fi el însuși creatorul. Dacă mama îi lipsește, sugarul poate dovedi „angoase de negândit” sau „agonii primitive”, cum sunt întoarcerea la o stare de non-integrare, senzația de nu înceta să cadă, eșecul „de a fi în corp”, sau pierderea sensului realului. Sugarul se apără de angoasele sale prin diferite mecanisme defensive: dezintegrarea, depersonalizarea, starea autistă, exacerbară narcisismului primar etc. Boala psihotică este astfel o apărare împotriva acestor senzații de agonie deja încercate: pentru Winnicott, nu este vorba deci, contrar lui M. Klein și într-o mai mică măsură lui M. Mahler, de fixații la stadii normale de dezvoltare, ci de o organizare deviantă, patologică și specifică.

Vom limita în mod arbitrar la acești autori ipotezele teoretice privind psihozele infantile. Am fi putut să-i cităm de asemenea pe Bettelheim (noțiunea de situație extremă), Lebovici, Diatkine și mai ales pe Lacan și școala sa. Totuși ar fi trebuit să reluăm în întregime elaborările lor teoretice deoarece psihoza infantilă ocupă întotdeauna un loc important în acest cadru. Ni s-a părut mai util pentru cititor să dăm un reper simplu al principalelor teorii privind acest domeniu atât de vast.

10. — TRATAMENT

Tratamentul psihozelor infantile este o problemă deosebit de complexă atât prin ignoranța parțială a clinicianului, cât și prin factorii etiologici precizi, dar cu ponderi relative în apariția acestei patologii.

În prezent majoritatea „teoriilor” etiologice rămân la rangul de ipoteze (de unde titlurile paragrafelor precedente) și trebuie să fie înțelese ca atare. Cu toate acestea abordarea terapeutică depinde evident de concepțiile teoretice ale clinicianului. Acest lucru explică de ce tratamentul psihozelor copilului este adesea mai mult obiect de dispută dogmatică decât de dezbateri științifice în care îndoiala, ezitarea, deschiderea spiritului ar trebui să își aibă întotdeauna locul. Dogmatismul a determinat și determină încă anumite excese, anumite excluderi. Dacă un dogmatism psihanalitic a putut fi demascat în anii '70, în prezent se pare că un dogmatism educațional și comportamentalist este în curs de a-i succeda precedentului, fără vreun interes evident pentru copilul psihotic și familia sa.

Marea majoritate a clinicienilor sunt de acord asupra necesității unei abordări terapeutice plurifocale excluzând orice schemă rigidă prestabilită, capabilă să se adapteze la situații individuale și la evoluțiile observate în cursul creșterii. De

fapt, trebuie luată în considerare heterogenitatea relativă a grupelor de psihoze infantile mergând de la autismul grav deficitar al copilului mic până la psihoza preadolescentului, trecând prin prepsihozele „grave” și dizarmoniile cu versant psihotic...

Din motive epidemiologice, dar și instituționale și umane, majoritatea locurilor terapeutice care primesc copii psihotici nu fac o selecție riguroasă a unui singur tip de patologie (de exemplu: spital de zi rezervat doar copiilor „autiști”), chiar dacă unele situații clinice pun probleme specifice. În acest paragraf ne vom centra asupra abordării terapeutice a psihozelor infantile precoce.

Indiferent care ar fi strategiile terapeutice utilizate, tratamentul unui copil mic psihotic ar trebui întotdeauna să aibă ca obiective prioritare: 1) să facă individul să se manifeste ca o persoană; 2) să-i dea acestei persoane mijloacele unei comunicări veritabile atât cu sine cât și cu ceilalți.

Acțiunile terapeutice propriu-zise sunt numeroase și diversificate. Ele vor fi doar enumerate în acest paragraf, fiind explicitate în ultima parte a acestei lucrări (cf. a cincea parte: terapie). În toate cazurile este vorba despre tratament prelungit în cursul unei bune părți din copilărie uneori și în adolescență. De asemenea, coerența cadrului terapeutic, stabilitatea sa și menținerea relațiilor durabile cu îngrijitorii apar ca factori esențiali de eficacitate terapeutică.

10.1. — PSIHOTERAPIILE

Constituie abordarea de bază a psihozelor precoce. Totuși acestea nu sunt totdeauna realizabile, fie din rațiuni practice, fie pentru că nu sunt întrunite condițiile necesare pentru buna lor desfășurare (v. cap. 29, 2.4.: limite și contraindicații ale psihoterapiilor). Psihoterapiile dinamice utilizează elemente psihanalitice adesea cu amenajări ale modului de comunicare cu copilul. Interpretările propuse de către terapeuți depind în parte de modelul său de concepție în special plecând de la lucrările autorilor post-kleinieni (D. Meltzer, F. Tustin, G. Haag), sau se situează în perspectiva lui W. Bion (D. Houzel). La copilul mic, psihoterapiile mamă-copil, uneori realizate la domiciliu, permit observarea distorsiunilor interactive, oferă mamei un cadru securizant, permit favorizarea intervenției unui al treilea într-o relație de tip fuzional sau diadic, introducerea împreună cu mama a dimensiunii sensului și de asemenea abordarea angoaselor sale persecutive sau depresive care adesea mobilizează în ea o importantă energie defensivă.

Aceste psihoterapii privilegiază utilizarea limbajului ca modalitate de comunicare și de a da un sens în special transferențial simptomelor sau evenimentelor prezente și trecute ale vieții copilului.

Cu toate acestea, în numeroase cazuri utilizarea tehnicilor mai regresive pare a fi necesară, mai ales **abordările cu medieri corporale**: terapiile psihomotorii individuale sau de grup, utilizând eventual un obiect mediator (apă, pământ, pastă de modelat...). La copiii foarte regresivi, dezorganizați sau angoasați, terapiile tip „pachet” pot procura un conținător securizant pentru copil, pot mobiliza îngrijitorii și favoriza momente regresive plecând de la care devine posibilă o restructurare fizică și/sau psihică. Aceste diferite abordări terapeutice cu mediere corporală sunt de interes esențial la copii. Ele sunt adesea practicate în cadrul unui spital de zi (v. cap. 26, 6.1.).

10.2. — TRATAMENTE EDUCATIVE ȘI REEDUCATIVE

Indiferent care ar fi tipul de terapie sau de pedagogie propus, calitatea relației stabilite între copilul psihotic și îngrijitor sau educator este determinantă. Pomind de la această relație copilul progresează. O terapie de schimb și/sau de comunicare este adesea o chestiune prealabilă. De fapt, reeducarea ortofonică este adesea puțin utilă deoarece copilul refuză comunicarea nu numai verbală dar și gestuală, mimică, tonico-posturală. O fază pregătitoare se dovedește atunci necesară, uneori într-un context de grup cu o coterapie: psihomotrician și ortofonist. Trebuie totuși să se propună o terapie ortofonică cu eventuale amenajări atunci când copilul pare a accede la comunicarea verbală. Unele studii catamnestice (J. Manzano) arată interesul unei relații de lungă durată cu un ortofonist și în acest context posibilitatea apariției limbajului la o vârstă la care a existat temerea unei absențe definitive a limbajului.

Tratamentele educative, adică posibilitatea pentru copilul psihotic de a dobândi principalele conduite sociale care implică autonomia (autonomia meselor, a îmbrăcatului, toaletei, curățeniei sfincteriene etc.), constituie obiectivul tratamentelor instituționale (spital de zi) atunci când gravitatea patologiei nu a permis ca aceste achiziții să se facă în mediul familial.

10.3. — CONTRIBUȚIA PEDAGOGICĂ

Nu trebuie niciodată uitată sau neglijată atunci când copilul a atins vârsta școlărității preelementare (începând de la 4-5 ani, mai frecvent de la 6-7 ani). Menținerea într-o școlaritate obișnuită este de dorit în condițiile în care copilul are beneficii atât cognitive cât și relaționale și această menținere nu este în serviciul unei negări a patologiei de către părinți. În clasele mici, secțiuni special amenajate pentru copii cei mai competenți pot să fie o soluție satisfăcătoare.

Totuși pentru majoritatea cazurilor menținerea într-o școlaritate obișnuită este iluzorie, chiar patogenă (menținerea agravând negarea familială, accentuând sentimentul de respingere și devalorizare cu atât mai viu cu cât nu este așteptat de la copil...). O contribuție pedagogică adaptată trebuie să fie propusă copiilor în cadrul spitalului de zi. Există numeroase clase animate de către învățători detașați de la Educația Națională și lucrând în strânsă colaborare cu echipa de îngrijire. Frecventarea „școlii”, inserția într-o „clasă” este, pentru toți copiii, un moment important purtător de valoare de reasigurare. În plus anumiți copii se dovedesc uneori capabili de achiziții surprinzătoare (capacități de achiziție care în mod cert coexistă frecvent cu zone de incapacitate notabile). Aceste zone de competență, de investire, de interes, trebuie să fie bineînțeles stimulate, extinse; ele constituie precursorii pornind de la care achizițiile ulterioare vor putea să se dezvolte. Trebuie să subliniem că în ceea ce privește tehnicile pedagogice propriu-zise rămân multe de făcut.

În acest cadru metoda TEACCH (Schopler și colab.) pare să fie una dintre cele mai elaborate: este un ansamblu de practici educative și pedagogice care vizează reperarea, stimularea activă, gratificarea comportamentelor și a abilităților a căror evoluție este evaluată în domeniile următoare: imitare, percepție, motricitate fină, motricitate generală, coordonare oculo-manuală, performanțe cognitive, cogniție verbală, limbaj. Aceasta cere o colaborare activă între părinți, învățători și îngrijitori și se bazează pe noțiunea de urgență. Suscitând mișcări pasionale, atât adevărate entuziasme cât și respingeri virulente, aceste metode fac obiectul unor experiențe terapeutice care merită să fie urmărite cu atenție.

10.4. — TERAPII COMPORTAMENTALE

Mai dezvoltate în țările anglo-saxone, aceste terapii încep să apară și în Franța. Ele se sprijină pe teoria comportamentală și vizează o reîntărire a comportamentelor pozitive și o anulare a conduitei negative. Câteva echipe utilizează aceste tehnici.

10.5. — TRATAMENTELE MEDICAMENTOASE

Utilizarea neurolepticilor și/sau a sedativelor la copilul psihotic sau autist se dovedește în unele cazuri utilă la modul punctual (criză de angoasă majoră, hiperagitație motorie cu dezorganizarea conduitei, comportament automutilant distructiv...). Totuși această utilizare este adesea decepționantă pe termen lung,

producându-se un fenomen de „recădere”, în general după 3-6 luni de tratament. Riscul este atunci de a vedea adăugându-se la simptomele psihozei și efectele secundare sau patologice ale medicamentelor.

Se pare că s-a căzut de acord asupra unei utilizări temporare a neurolepticelor sedative sau incisivă și a anxioliticeilor majore atunci când intensitatea simptomelor este atât de mare încât determină dezorganizarea comportamentală și psihică și când amenință posibilitatea altor relații terapeutice. Tratatamentul medicamentos nu este deci un tratament de fond, dar constituie un tratament adjuvant util pentru a trece de un obstacol dificil sau pentru a diminua conduitele simptomatice deranjante. Este în schimb preferabil să nu se mențină aceste tratamente pentru o perioadă mai lungă de 2-3 luni.

În ceea ce privește unele produse recomandate uneori, mai ales în cazul autismului infantil (vitamina B6 cu magneziu, fenfluramină, acid folic...), eficacitatea lor nu a fost niciodată demonstrată nici în mod regulat, nici durabil. Se observă adesea o fază de ameliorare tranzitorie la începutul prescripției, dar fenomenele de recădere sunt frecvente.

În prezent nu există un tratament medicamentos specific al psihozelor infantile și mai ales al autismului infantil.

10.6. — ACȚIUNILE TERAPEUTICE PENTRU PĂRINȚI

Par a fi foarte dezirabile, dar natura lor variază de la un caz clinic la altul: acțiunea de consiliere parentală, susținerea psihologică, terapia familială propriu-zisă, participarea la un grup de părinți, psihoterapie individuală. Principiul unui travaliu terapeutic implicând părinții sau cu părinții este admis de aproape toți clinicienii; se consideră totuși necesar a se respecta disponibilitatea psihică a părinților, dorința lor de a participa sau din contră de a se menține la distanță, dorința de a se angaja sau nu într-o activitate de înțelegere. Este adesea iluzoriu a constrânge părinții la demersuri terapeutice de la care ei se refuză, dar clinicienii știu din experiență că absența totală a implicării părinților în îngrijirile date copilului lor conduce la situații de impas care prejudiciază continuarea acestor îngrijiri. Deci între aceste două dificultăți trebuie să se navigheze, să se știe cum să se propună părinților acțiuni terapeutice pe care ei să fie în măsură să le accepte și să și le asume. Indicațiile de psihoterapie pentru părinți, de terapie familială sunt în realitate mai puțin frecvente decât se estimează în mod obișnuit.

10.7. — TRATAMENTELE INSTITUȚIONALE

Într-un număr important de cazuri, menținerea copilului în cadrul vieții obișnuite, mai ales al celei școlare, se dovedește imposibilă și diferitele acțiuni terapeutice enumerate mai sus nu pot să fie realizate prin consultații ambulatorii. De aceea **spitalul de zi** constituie indicația de terapie instituțională foarte utilizată în dispozitivul de îngrijire a intersecțiilor de Psihiatrie a Copilului și Adolescenților în Franța (cap. 29, 6.1.). Acest tip de tratament permite în plus menținerea copilului în familia sa.

Separarea copilului și plasarea lui instituțională cu timp integral (spitalizare prelungită, internat) trebuie să rămână indicații excepționale. Toate studiile catamnestice arată clar rolul pozitiv al părinților și menținerea copilului în familia sa ca un criteriu de evoluție favorabilă. Este deci important să se facă tot posibilul pentru a menține aceste legături. Nu trebuie să se recurgă la soluția plasamentului cu timp integral decât dacă familia este în mod deschis rejectantă mergând până la a fi periculoasă pentru copil. În aceste condiții, soluțiile de tip „*placament familial terapeutic*” sunt preferabile unei spitalizări cu timp integral într-o instituție (cap. 29, 6.2.).

În schimb, nu trebuie contestată valoarea adesea terapeutică a „micilor” separări temporare care permit copilului, ca și părinților, să aibă experiența unei posibile vieți separate, a regășirilor, iar părinților să aibă momente de relativ repaus. Pentru aceste motive „sejururile de ruptură” sunt adesea necesare și benefice.

BIBLIOGRAFIE

- ADRIEN J. L., BARTHEMY C., ETOURNEAU F., DANSART P., LELORD G.: Etude des troubles de la communication et de la cognition d'enfants autistes. *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1988, 36, 7, 253-260.
- AICARDI J., RAMOS O.: Le syndrome de Rett: autisme, démence et ataxie d'évolution progressive chez la fille. *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1986, 34, 5-6, 275-281.
- AMAR M.: Essai sur l'évolution de la nosographie des psychoses infantiles. Thèse, Bordeaux, 1975.
- AUSSILLOUX CH., LIVOIR-PETERSEN M.F. (sous la direction de): *L'autisme cinquantenaire ans après Kanner*, 1 vol. Erès éd., 1994.
- BAILEY A., PHILLIPS W., RUTTER M.: Autism: towards and integration of clinical genetic, Neuropsychological and Neurobiological Perspectives. *J. Child. Psychol. Psychiat.*, 1996, 37, 1, 89-126.

BARON-COHEN S., TAGER-FLUSBERG H., COHEN D.J.: Understanding other minds. Perspectives from autism. 1 vol. Oxford Med. Pub., 1993.

BARTHELEMY C., HAMEURY L., LELORD G.: *L'autisme de l'enfant. La thérapie d'échange et de développement*. ESF éd., Paris, 1995, 1 vol.

BERQUEZ G.: *L'autisme infantile*. PUF éd., Paris, 1983, 1 vol.

BETTELHEIM B.: *La force de la vie*. Gallimard, Paris, 1969.

BIZOARD P.: Clinique des expressions délirantes chez l'enfant, *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1989, 37, 2-3, 47-58.

CARLIER M., ROUBERTHOUX P.: Psychoses à manifestations précoces et psychoses à manifestations tardives: apport de l'analyse génétique. *Psych. enf.*, 1979, 22 (2), 473-502.

DESPERT L.: *La schizophrénie infantile*. PUF, Paris, 1978.

DUCHÉ D. J.: *Histoire de la psychiatrie de l'enfant*. PUF éd., Paris, 1990, 1 vol.

DUCHÉ D. J., STORK H.: Psychoses et schizophrénies infantiles. EMC, Paris, 1971, *Pédiatrie*, 4101 N 10.

FOMBONNE E.: La position de l'autisme et des psychoses infantiles dans plusieurs nosographies. *Handicaps et Inadaptation*, Cahier du CTNERHI, 1992, 57, 27-38.

FOMBONNE E.: Etudes épidémiologiques de l'autisme infantile. In: *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, PUF éd., 1995, 2, 1171-1185.

GEISSMANN CL. et P.: *L'enfant et sa psychose*. Dunod éd., Paris, 1984, 1 vol.

HOUEL D.: Nouvelles approches psychopathologiques de l'autisme infantile. In: *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, PUF éd., 1995, 2, 1125-1154.

HUGHES CL.: Théories cognitives de l'autisme. In: *L'autisme cinquantenaire ans après Kanner* sous la direction d'Aussilloux Ch., Livoir-Petersen M. F., 33-42. Erès éd., 1994.

KANNER L.: Les troubles autistiques du contact affectif. Traduction française de l'article paru dans *Nervous Child*, 1943, 2, 217-250 par M. Rosenberg. *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1990, 38, 1-2, 65-84.

KANNER L.: Etude du devenir de onze enfants autistes suivis en 1943. Traduction de l'article paru dans *J. Autism Schizophr.*, 1971, 1-2, 119-145. Traduction par M. Rosenberg. *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1992, 40, 5-6, 317-322.

KLEIN M.: *Essais de psychanalyse*. Payot, Paris, 1972.

LELORD G., MUN J.P., PETIT M., SAUVAGE D.: *Autisme et troubles du développement global de l'enfant*, ESF éd., Paris 1989, 1 vol.

MAHLER M.: *Psychose infantile*. Payot, Paris, 1973.

MALVY J., ADRIEN J.L., SAUVAGE D.: Signes précoces de l'autisme et films familiaux, *Psychiatrie de l'Enfant*, 1997, 60, 175-198.

- MANZANO J., LAMUNIERE M. C., PECKOVA M.: L'enfant psychotique devenu adulte. *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1987, 35, 10, 429-443.
- MARCELLI D.: La position autistique: hypothèses psychopathologiques et ontogénétiques. *Psychiatrie Enf.*, 1983, 26, 1, 5-55.
- MARCELLI D.: *Position autistique et naissance de la Psyché*. PUF éd., Paris, 1986, 1 vol.
- MARCELLI D.: Réflexion sur une conduite particulière de l'enfant autiste: prendre la main, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 1983, 31, 5-5, 259-261.
- MELTZER D., BREMMER J., HOXTER S., WEDDELL D., WITTENBERG I.: *Le monde de l'autisme*. Payot, Paris, 1980.
- MELTZER D.: L'objet esthétique. *Rev. Franç. Psychanalyse*, 1985, 49, 1385-1389.
- MISES R., MONIOT M.: Les psychoses de l'enfant. EMC, Paris, 1970, *Psychiatrie*, 37299 M 10, M 20, M30.
- NUMERO SPECIAL: Psychoses de l'enfant. Articles de Misès, Launey, Lang, Duché etc. *Confrontations Psychiatriques*, Spécia, 1969, no 3.
- NUMERO SPECIAL: Autisme et psychoses infantiles précoces. *Neuropsychiatrie Enf.*, 1983, 31, 5-6, 219-306.
- OLLSON B., RETT A.: Behavioral observations concerning differential diagnosis between the Rett syndrome and Autism. *Brain Dev.*, 1985, 7, 3, 281-289.
- PARQUET Ph., BURSSTEIN Cl., GOLSE B.: *Soigner, éduquer l'enfant autiste?* Masson éd., Paris, 1 vol., 1990.
- PERRON R., RIBAS D. (sous la direction de): Autisme de l'enfance, *Rev. Franç. Psychanalyse*, 1 vol. Monographie, 1994.
- PIVEN J., ARNDT S., BAILEY J., ANDREASEN N.: Regional Brain Enlargement in Autism: a Magnetic Resonance Imaging Study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1996, 35, 4, 530-536.
- RIMLAND S.: The differentiation of childhood psychosis: an analysis of checklist for 2 218 psychotic children. *J. Autism. Child. Schizop.*, 1971, 1, 161-174.
- RIVIERE P., BRACONNIER A., DUCHE D.J.: Evolution des psychoses infantiles précoces: Etudes rétrospectives. *Neuropsych. de l'enf.*, 1980, 28 (3), 117-131.
- SAUVAGE D.: *Autisme du nourrisson et du jeune enfant*. Masson éd., Paris, 2e édition, 1986, 1 vol.
- SCHOPLER E., REICHLER R.J., LANSING M.: *Stratégies éducatives de l'autisme*. Masson éd., Paris, 1988, 1 vol.
- SOULE M., GOLSE B.: *Les traitements des psychoses de l'enfant et de l'adolescent*, Bayard éd., Paris, 1992, 1 vol.
- SOULE M., HOUZEL D., BOLLAERT S.: Les psychoses infantiles précoces et leur traitement. *Psych. enf.*, 1976, 19 (2), 341-397.
- TORDIMAN S., FERRARI P., GOLSE B., BURSSTEIN Cl., BOTBOL M., LEVOVICI S., COHEN D.J.: „Dysharmonies psychotiques“ et „Multiplex developmental disorder“: histoire d'une convergence, *Psychiatrie de l'Enfant*, 1997, 60, 2, 473-504.
- TOWBIN K.E.: Pervasive developmental disorder not other wise specified. In: COHEN D.J. and VOLKMAR F. (ed.) *Handbook of autism and pervasive developmental disorder*. Second Edition, John Wiley and Sons Inc ed., New York, 1997, chapitre 6, 123-147.
- TUSTIN J.: *Autisme et psychose de l'enfant*. Seuil, Paris, 1977.
- ULLINGER A.: Locomotion, posture et manipulation manuelle chez l'enfant autiste. In: *Autisme et troubles du développement global de l'enfant*, ESF éd., Paris, 1989, 38-43.
- VOLKMAR F., KLIN A., SCHULTZ R., BRONEN R., MARANS W., SPARROW S., COHEN D.: Asperger's syndrome. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1996, 35, 1, 118-123.
- VOLKMAR F.: Childhood and adolescent psychosis: a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1996, 35, 7, 843-851.
- VOLKMAR F.R., KLIN A., COHEN D.J.: Diagnosis and classification of autism and related conditions: consensus and issues. In: COHEN D.J. and VOLKMAR F. (ed.) *Handbook of autism and pervasive developmental disorder*. Second Edition, John Wiley and Sons Inc ed., New York, 1997, chapitre 1, 5-40.
- WERRY J.: Childhood schizophrenia. In: Psychoses and pervasive developmental disorders in childhood and adolescence. Volkmar éd., Washington D.C., *American Psychiatric Press*, 1996, 1-56.
- WIENER P.: Autisme infantile et symbiose psychotique. *Psych. enf.*, 1978, 21 (1), 305-318.
- WINNICOTT D.W.: La crainte de l'effondrement. *Nouvelle revue psychanalyse*, Gallimard, 1975, 11, 35-44.

1. — ANXIETATE ȘI ANGOASĂ

1.1. — STUDIU CLINIC

În mod clasic se disting:

- anxietatea: afect penibil asociat cu o atitudine de așteptare a unui eveniment neprevăzut dar trăit ca dezagreabil;
- angosa: senzația de rău extrem însoțită de manifestări somatice (neurovegetative și/sau viscerale);
- teama legată de un obiect, o situație precisă legată fie de experiență, fie de educație.

În practică, un gradient continuu leagă angosa – anxietatea – frica ce merge de la o stare care ar fi pur fiziologică (reacția la stres) la o mentalizare progresivă a conduitei (locul fantasmei).

Angosa survine atunci când echipamentul maturativ al individului nu poate răspunde într-o manieră adecvată unei tensiuni trăite ca amenințătoare: nici această tensiune de origine internă sau externă, nici echipamentul maturativ deficitar sau încă neexperimentat, nu schimbă nimic din natura afectului. Se înțelege totodată că manifestările clinice ale angosei sunt variate, multiple și schimbătoare. În afară de manifestările cronice și acute, în clinica infantilă trebuie să distingem de asemenea manifestările angosei preverbale de cele care apar atunci când copilul poate exprima în cuvinte ceea ce simte.

Clinica angosei preverbale a sugarului și a copilului foarte mic

Constatarea acestei angose depinde în mare parte de capacitățile de observație și de empatie ale adultului. Fiecare mamă cunoaște registrul de strigate ale copilului ei care exprimă furia, plăcerea legănatului, chemarea, dar uneori și panica: acestea din urmă o fac să vină repede lângă el.

Aceste strigate de panică se asociază cu:

- tulburări tonice: hipertonie, mari descărcări motorii în cadrul unei motricități adesea dezorganizate, sacadate;
- o hipervigilență cu o figură imobilă, silențioasă, atentă dar „înghetată”;
- comportament de agățare tonicomotorie sau vizuală, de agățare de celălalt sau, dimpotrivă, de gesticulare anarhică, cu mare retragere a capului sau trunchiului înspre spate;
- o incapacitate a copilului de a se cuibări sau de a găsi o atitudine confortabilă în brațele adultului în pofida eforturilor acestuia din urmă.

17 STĂRI ANXIOASE, SIMPTOME ȘI ORGANIZĂRI CU ASPECT NEVROTIC

Apariția anxietății constituie la copil, ca și la adult, poarta de intrare în majoritatea conduitei psihopatologice descrise de-a lungul acestei lucrări. Studiile cele mai recente, sub impulsul actualelor clasificări, individualizează tulburările anxioase în formele cronice și încă mai mult cele acute (atacul de panică, „tulburarea de panică”) și se suprapune peste modelul adult a căruia pertinentă rezidă în mare parte în eficacitatea terapeutică a antidepressivelor în manifestările clinice ale angosei. În același timp această abordare pur descriptivă își arată toți limitele la copil având în vedere pe de o parte raporturile complexe între anxietatea de separare numită de dezvoltare și angosa de separare numită patologică și pe de altă parte constatarea asocierilor patologice încă numite „comorbiditate” a căror frecvență foarte mare alături de tulburările anxioase pune implicit problema transformării de afect anxios într-o altă patologie fie ea psihică (fobie, inhibiție, obsesie...), afectivă (depresie), comportamentală (instabilitate, agitație, furie...) sau cu expresie somatică (tulburări de somn, de alimentație, acute hipocondriace).

A descrie anxietatea nu pare suficient. În mod sigur explicația psihopatologică nu trebuie să se substituie descrierii semiologice, dar aceasta din urmă nu are sens decât susținută de o elaborare și un model teoretic.

În acest capitol descriem mai întâi anxietatea la copil, apoi manifestările clasice descrise ca simptome nevrotice care ar putea fi considerate ca primul palier al transformării angosei, înainte de a aborda problema nevroticei copilului.

Tulburările somatice sunt frecvente, anorexie, colici etc., dar în special tulburări de somn și mai ales dificultățile bebelușului de a găsi un ritm somn-veghe regulat și satisfăcător.

Angoasa de figura străinului descrisă de R. Spitz (v. cap. 1, 4.4.) și, mai mult, a reacției de protest descrisă de J. Bowlby la un copil care tocmai a fost separat de mama lui arată, atât una cât și cealaltă, locul anxietății/angoasei în dezvoltarea și maturizarea sugarului (v. 1.2.).

Clinica anxietății copilului

Anxietatea cronică sau hiperanxietatea

Copilul hiperanxios trăiește în permanență cu un sentiment vag de teamă, ca și cum ceva teribil urmează să se întâmple. Această așteptare anxioasă se manifestă în special prin:

- neliniște cu privire la viitor, însoțită adesea de teama că ar putea surveni un accident, o boală (pentru copilul însuși sau pentru cei apropiați lui);
- iritabilitate, furii, refuzuri, capricii;
- exigențe sau nevoia de a avea un adult în preajmă, de a fi liniștit;
- temeri privind atitudini trecute („am făcut rău că...”);
- gânduri depresive (devalorizare, culpabilitate) se asociază adesea (v. cap. 18, 2.1.).

Pe acest „fond anxios” pot surveni episoade acute, veritabile atacuri de angoasă, a căror declanșare poate să fie datorată factorilor externi (boală, intrarea la școală, schimbarea clasei, mutare, tabără de vacanță etc.) sau interni.

Criza de angoasă acută: atacul de panică

Descris în DSM-III-R ca atac de panică (recurența acestor „atacuri” fiind definită ca „tulburare de panică”), criza de angoasă acută prezintă un *debut spontan și paroxistic* marcat prin:

- semne somatice: palpitații, tahicardie, senzație de sufocare, dureri toracice, abdominale, greață...;
- semne neurologice: tremurături, secuse musculare, vertijie, stări de rău;
- semne motorii: agitație sau prostrație;
- semne vasomotorii: transpirații, bufee de căldură sau frisoane;
- semne psihice: senzația de straniu, de pierdere a reperelor, de teamă de moarte, de a înnebuni.

Cu cât copilul este mai mic, cu atât contextul somatic este mai bogat. Copilul pare terifițat, transpirat, este dificil accesibil „raționamentului”. Când este mic, înainte de 7-8 ani, doar prezența unui părinte, tatăl sau mama, este susceptibilă de a calma acest acces de angoasă. Exemplul cel mai tipic în acest sens este

teroarea nocturnă (v. cap. 4, 2.2.). Cu vârsta, copilul își exteriorizează angoasa, nu numai exprimând-o, dar cel mai frecvent acționând: astfel, corolarul crizei de angoasă devine, către 11-12 ani, trecerea la act sub diferite forme: crize de furie, atitudini de exigențe insuflabile, fugi, tulburări de comportament diverse. Riscul este atunci ca anxietatea adultului să provoace o spirală ascendentă în care angoasa unuia să o amplifice pe a celuilalt. Conțința fizică fermă, dar binevoitoare, limitarea distructivității copilului reprezintă cele mai bune atitudini pentru a calma într-o primă etapă acest acces acut de angoasă. În aceste condiții, copilul se calmează spontan în câteva minute.

Deși se descrie debutul ca fiind spontan, abordarea clinică empatică regăsește adesea un eveniment și în plus un gând care precedă criza și o declanșează. Acestea au în general o legătură cu ideea de separare. Cu cât copilul este mai mic, cu atât distincția dintre hiperanxietate sau angoasă acută, pe de o parte, și angoasă de separare patologică, pe de altă parte, pare mai dificilă, chiar artificială. Vom aborda această punct în partea teoretică.

Evoluție

Dacă aceste accese pot să se repete identic definind „tulburarea de panică”, ele pot evolua și se pot transforma în mod regulat, ducând la apariția conduitei fobice sau la alte manifestări numite nevrotice (v. în continuare).

Asocierea altor tipuri de patologii atât de frecvent descrise sub denumirea de „comorbiditate” în literatura anglo-saxonă, nu face decât să traducă această transformare psihică a angoasei și dau seama de „complicații” cu apariția de:

- simptome depresive, chiar o veritabilă depresie;
- tulburări de comportament (opozitionism, agitație, instabilitate);
- tulburări de atenție (tulburări deficitare ale atenției);
- tulburări de adaptare socială (fobie școlară);
- la adolescență, apariția conduitei de toxicomanie.

Toate anchetele epidemiologice arată frecvența unor astfel de asocieri fără a ține cont de manifestările fobice (fobie simplă, fobie socială) ceea ce face adesea dificilă lectura și interpretarea acestor lucrări.

În ceea ce privește evoluția la adolescență și la vârsta adultă, studiile cele mai recente tind să arate: 1) continuitatea semiologiei anxioase a copilului la vârsta adultă (Biederman, 1997); 2) importanța comorbidității mai ales depresive la subiect și prezența manifestărilor anxioase la alți membri ai familiei (Pollack, 1996). Pentru evoluții mai specifice la adolescență: vezi „Adolescență și psihopatologie”, ed. a 4-a, cap. 8.

Epidemiologia tulburărilor anxioase

Este destul de dificil să avem o idee precisă asupra frecvenței tulburărilor anxioase la copil în măsura în care numeroase studii cumulează în rezultatele lor copii și adolescenți sau includ grupa de vârstă pubertară (11/13 ani – 13/14 ani).

La copilul mic și până la faza pubertății, angosta de separare patologică pare să fie manifestarea cea mai frecventă (Kashani și Orvaschel, 1990: 25,7% la 8 ani din care 18%: angostă de separare). Ar fi o predominanță a fetelor. Într-o anchetă personală (care se va publica) incluzând 589 de copii între 2 și 3 ani (intrarea la grădiniță) și 617 copii între 5 și 6 ani (intrarea la școala primară) incidența angostei de separare (criteriile DSM-III-R) ar fi diferită după percepția părinților sau învățătorilor (anchetă prin heterochestionar) și ar fi cuprinsă în medie de 6,3% între 2 și 3 ani și 2,75% între 5 și 6 ani cu un raport pe sexe apropiat de 1.

Manifestarea angostei de de separare	Între 2 și 3 ani	Între 5 și 6 ani
Reperate de părinți	7,8%	3,9%
Reperate de învățător	4,8%	1,6%
Medie	6,3%	2,75%

În plan simptomatic trebuie semnalat cummul diverselor manifestări anxioase (angostă de separare, hiperanxietate, fobie socială, evitare, tulburări opoziționale) care apar la majoritatea copiilor. Această asociere pare să demonstreze cel puțin la copil aspectul într-un fel artificial al acestor entități descrise.

Pentru alte tulburări anxioase, prevalențele constatate sunt următoarele (raportate de Mouten-Simeoni și colab. 1993):

- fobie socială (7-11 ani): aproximativ 1%;
- fobie simplă (7-11 ani): 3 până la 9%;
- tulburări obsesiv-compulsive: sunt semnalate câteva cazuri la copil, dar, din cunoștințele noastre, nu există studii epidemiologice referitoare doar la copilul pre-puber.

În ansamblul diferitelor studii se constată o scădere semnificativă a angostei patologice de separare la adolescență și invers, o creștere a celorlalte manifestări anxioase începând cu această vârstă. Cu cât copilul este mai mic cu atât pare mai artificial de separat, pe de o parte, tulburarea „angostă de separare” și, pe de altă

parte, tulburarea de „hiperanxietate”, deoarece între cele două „tulburări” există itemi de diagnostic comuni, iar asocierea (comorbiditate) între aceste două serii de tulburări este cu atât mai frecventă cu cât copilul este mai mic.

În sfârșit studiile epidemiologice nu par, după cunoștințele noastre, să abordeze populația preverbală: sugarii, copiii foarte mici, care rămân domeniul exclusiv al clinicienilor.

1.2. — TEORII ȘI MODELE ALE ANGOASEI LA COPILUL MIC ȘI LA COPIL

La copil angosta este oare un simptom sau o condiție a dezvoltării sale? Dacă angosta este un simptom, în ce constă simptomul:

- într-o anomalie neurochimică?
- într-o nevoie primară negratificată?
- într-o pulsivitate nesatisfăcută?
- într-o amenințare externă sau internă a subiectului?

Dacă, invers, ea este considerată ca o condiție a dezvoltării, atunci participă la epigeneticele individului. Raporturile dintre angostă și „normalitate” merită să fie clarificate. Altfel formulat, un copil poate să crească fără a cunoaște angosta: dezvoltarea nu este ea însăși sursă de angostă prin constrângerea schimbării pe care o impune?

De cîncisprezece ani, studiile asupra anxietății și angostei la copil au fost reinnoite prin perspectivele actuale ale unei psihiatрії descriptive care se vrea „a-teoretică”, după expresia consacrată de DSM-III-R sau IV. Dacă pentru angosta adultului numita clasificare poate propune criterii descriptive care scot „simptomul” din cadrul nevrotic obișnuit, pentru copil referirea la dezvoltare rămâne inevitabilă.

A aborda problema angostei doar prin intermediul descrierii semiologice conduce la un impas relativ deoarece domeniile psihopatologice sunt descrise în cvasi-totalitate ca o acumulare de „comorbiditate”. Este deci important să ne întrebăm asupra locului angostei în dezvoltare și în construirea personalității.

S. Freud și modelele angostei infantile

Cazul Micului Hans publicat inițial în 1909 este paradigmatic pentru ideile lui Freud asupra legăturilor dintre angostă și sexualitate, mai ales asupra rolului central pe care îl atribuie complexului Oedip în teoria psihanalitică.

Simptomul în cauză la acest copil de 5 ani este teama de a fi mușcat de cai, teamă care îl împiedică să iasă din casă. În prima sa elaborare teoretică, Freud

pune problema menținerii legăturii cu mama. De fapt, în visul inițial de angoasă Hans o pierde pe mama sa, el nu mai poate „să fie tandru” cu aceasta. Autorul concluzionează că „tandrețea crescută pentru mama sa se transformă în angoasă care sucombă în refulare”. Alt aspect subliniat de Freud constă în punerea în evidență la Hans a unei angose de pierdere a unei părți din corp pe care autorul o leagă de amenințarea cu castrarea. Angoasa fobică este datorată refuzării (prima teorie) tendințelor agresive (ostile față de tată, sadice față de mamă). Teama de a externaliza asemenea pulsioni este deplasată asupra unui obiect substitutiv, dar funcția simptomului este de a menține legătura cu mama. „Micul îndrăgostit se cramponează prin fobia sa chiar de obiectul iubirii, cu toate măsurile care au fost luate pentru a-l face inofensiv. Caracterul special al unei tulburări nevrotice se manifestă în acest dublu rezultat”. În această primă teorie, angoasa rezultă din refularea libidoului atunci când aceasta nu își găsește obiectul care să-l satisfacă: angoasa este deci secundară și reprezintă o imperfecțiune, un reziduu al unui mecanism psihic (refularea) imperfect. Astfel, atunci când mama este absentă, libidoul nemaiavănd obiectul fixației trebuie să fie refutat, ceea ce provoacă angoasa. Când excitația sexuală și dorința masturbatorie nu pot să fie menținute în conștiință, libidoul trebuie să fie refutat: acesta se transformă atunci în angoasă.

Cu toate acestea, Freud a modificat profund această teorie în *Inhibiție, Simptom, Angoasă*. În 1926, el reexaminează acest caz în lumina remanierilor teoretice pe care le aduce acestui text. Scopul fobiei este de acum înainte de a încerca să soluționeze conflictul oedipian față de tată prin refularea mișcării pulsionale ostile. Motorul refuzării este „angoasa în fața amenințării cu castrarea”. A fi mușcat este un substitut al conținutului „a fi castrat de tată”, conținut care suferă refularea. În această a doua teorie, „de îndată ce eul a recunoscut pericolul castrării dă semnalul angoasei și inhibă, prin intermediul instanței plăceri-neplăceri, procesul de investire amenințător din Sine. Simultan se efectuează formarea fobiei... Angoasa de castrare primește un alt obiect și o expresie deformată”. Sistemul de proiecție pus în joc schimbă „un pericol pulsional intern” cu „un pericol perceptiv extern” față de care este mai ușor să se apere prin „fuga care nu folosește la nimic în situația unui pericol venind din interior”. Astfel angoasa a devenit un semnal de alarmă, ea împinge Eul copilului să utilizeze diverse mecanisme de apărare pentru a lupta împotriva a ceea ce i se prezintă ca un pericol. Simptomul are o funcție economică ce permite oprirea dezvoltării angoasei. Este important să sesizăm aici corect cum s-a trecut de la înțelegerea „reflexologică” a angoasei la o ipoteză metapsihologică, angoasa devenind precursorul unei elaborări fantasmatic secundare. În funcție de stadiul maturativ al copilului, nivelul angoasei fantasmatic evoluează, cum bine a arătat A. Freud, trecând de exemplu de la angoasa de pierdere a obiectului, la angoasa de pierdere a iubirii obiectului, apoi la angoasa de castrare („Normal și patologic”).

Există oare o legătură între angoasa de separare și angoasa de castrare?

S. Freud a schițat acest aspect de dezvoltare plasând angoasa de castrare în continuarea angoasei de separare inițiale și evoluând către o angoasă „morală” sau „socială” (*Inhibiție, Simptom, Angoasă*, 1926).

În 1905 (*Trei eseuri asupra teoriei sexualității*), S. Freud scria: „angoasa copiilor nu are la origine altceva decât un sentiment de absență a persoanei iubite”. În 1926, el prezintă în final angoasa de separare ca un substrat de fond comun pentru angoasa nevrotică. Mai târziu, trecând prin jocul cu bobina (în: *Essai de psychanalyse*, capitolul II), S. Freud descrie manipularea de către un copil de 18 luni a absenței și reapariției unui obiect atunci când este singur, joc punctat de exclamații („for”: plecat; „dă”: iată). Autorul observă că timpul până la reapariția obiectului îi provoacă plăcere copilului: „plecarea era pusă în scenă pentru ea însăși doar ca un joc și pentru plăcerea pe care întreg episodul și concluzia sa, i-o provoca”. Cum se poate ca un lucru *a priori* dezagreabil, absența, să provoace plăcere? Sunt avansate două explicații. Ar putea fi vorba de pulsioni agresive față de mamă în mod obișnuit reprimare. Copilul și-ar exprima astfel dezaprobarea față de singurătatea sa, față de lipsă. „Obiectul se naște din ură”.

S. Freud propune o altă explicație: organizarea unui asemenea joc ar putea fi expresia unui anumit nivel de maturizare a aparatului psihic, astfel încât copilul să înceapă să-și fie suficient lui însuși pentru a conține amenințarea de anihilare legată de angoasă și solitudine. O astfel de stăpânire este, pe de altă parte, sursă de plăcere. Această conduită de stăpânire reprezintă tentativa de a controla pericolul trăit în trecut de la o poziție pasivă la o atitudine activă. Copilul începe să-și utilizeze psihismul în manieră autonomă. El ajunge să-și reprezinte și să tolereze separarea, solitudinea. Investirea funcționării autonome (la fel de bine mentalizată intern ca și externalizată comportamental) reprezintă astfel un palier esențial în transformările posibile (sau imposibile) ale angoasei.

M. Klein și dualismul pulsional fondator

Pentru M. Klein, dualismul pulsional al individului este constituțional. De asemenea, bebelușul, oricât de mic ar fi, trebuie să facă față antagonismului pulsionalilor sale agresive (pe care le proiectează) și libidinale. Fără a reveni aici asupra principalelor elaborări teoretice (v. p. 45), vom spune pe scurt că angoasele sunt în principal persecutorii în faza schizoparanoidă: bebelușul se apără de angoasa provocată de pulsunile sale agresive proiectându-le pe acestea asupra obiectelor rele înconjurătoare (sânul rău-frustrant, apoi mama rea), în timp ce, prin clivaj, protejează imaginea sânelui bun gratifiant, apoi a mamei bune. Acest clivaj are totuși drept consecință faptul de a face bebelușul să trăiască, conform cu M. Klein, în angoasa de a fi „atacat” de către acest sân rău sau de

către această mamă rea (angoasă paranoică). Un al doilea palier este atins atunci când se constituie premisele obiectului total în care se află interiorizarea fricii de distrugere a sânelui bun sau a mamei bune. Atunci se desfășoară angoasele depresive, bebelușul având sentimentul de a fi rău față de obiecte sau de persoane bune. În mod secundar, trecându-se de stadiul poziției depresive, prin deplasări și condensări metonimice se va organiza angoasa de castrare.

În viziunea lucrărilor lui M. Klein, este clar că angoasa este un dat existențial de bază de la care nici un copil nu ar putea scăpa.

Angoasa de separare prototip

Numeroși autori s-au obișnuit să dateze cronologic apariția angoasei la copil, distingând un înainte (paradisul pierdut, edenul mitic?) și un după. Rank și traumatismul nașterii, protip al întregii angoase ulterioare, Spitz și angoasa de figura străinului, M. Mahler și faza de separare-individuare sunt exemple reprezentative.

— Pentru Spitz, bebelușul nu cunoaște la început decât stări de tensiune fiziologică dezagreabile în primul semestru al vieții sale. În cursul celui de-al doilea semestru, recunoașterea progresivă a figurii materne și percepția absenței sale (frica de figura străinului către a opta lună) constituie al doilea organizator în jurul căruia se va produce elaborarea psihică. Vom revedea acest aspect în legătură cu fobiile.

— Pentru M. Mahler, punctul de plecare este existența unei stări fuzionale între mamă și copil, total gratificante, din care orice angoasă este exclusă. Angoasa apare în primele stadii ale fazei de separare, într-o perioadă în care echipamentul maturativ al copilului a făcut progrese, astfel încât, atât la mamă cât și la copil, fantasma unei perfecte simbioze nu mai poate să fie menținută. Atunci apare angoasa de separare și în jurul ei se vor organiza etapele ulterioare.

— Într-o perspectivă ușor diferită, Sandler și Joffe disting două stări afective de bază, una care ar fi de suferință (cvasi-fiziologică), când obiectul relației fuzionale lipsește în perioada când el este încă necesar, cealaltă, veritabilă trăire depresivă, care apare într-un timp secundar și se traduce prin nostalgia și suferința psihică secundară absenței obiectului, dar într-o perioadă mai târzie.

— Bowlby consideră că nevoia de atașament a sugarului de mama lui este o nevoie primară a cărei non-satisfacție provoacă apariția unei „*angoase primare*”. Această angoasă este totuși înțeleasă la început ca rezultatul a unei imposibilități pentru copil de a-și găsi obiectul său de atașament normal. Realitatea absenței direct inspirată din studii etologice este mai importantă aici decât în lucrările lui Spitz, unde deosebirea în raport cu o figură cunoscută (aceea a mamei) joacă rolul esențial.

Pentru Bowlby, angoasa este deci o reacție primară față de separare și constituie modelul tuturor situațiilor ulterioare provocatoare de angoasă. Această teoretizare a condus de altfel la elaborarea unui model experimental: „situația străinului” (M. Ainsworth și colab., 1978) pornind de la care sunt descrise diferite tipuri de atașament la copil: atașament sigur și stabil, atașament anxios, atașament ambivalent. Aceste modele de atașament par relativ stabile în cursul dezvoltării. Tinde astfel să fie descrisă un fel de tipologie constituțională care, bineînțeles, prezintă numeroase legături cu angoasa de separare și comportamentul anxios. Dar dimensiunea unei transmiteri transgeneraționale nu este străină de acestea, după cum arată lucrările lui M. Main (1990), care tind să pună în relație tipul de atașament constatat la copil și modelul intern de atașament regăsit la mamă.

Angoasă normală sau patologică

Fără a pretinde că epuizăm problema angoasei la copil și originile sale, vom încheia evocându-l pe Winnicott. Acest autor reia în parte teoriile kleinienne, dar incluzând în acestea și relația maternă. Solicitundea maternă primară permite sugarului o gratificare cvasi-completă a tuturor nevoilor sale. Micile inadecvări progresive și inevitabile dintre mamă și copil îl vor conduce puțin câte puțin pe bebeluș la a renunța la acest sentiment iluzoriu de completitudine și omnipotență, apoi la a introduce senzația de lipsă, ca sursă de angoasă. După cum mama va menține această stare de lipsă în limite acceptabile sau nu pentru copil, de acest lucru va depinde evoluția maturativă a acestuia din urmă și stabilirea unei liniștiri suficiente sau, din contră, apariția angoasei pe care Winnicott o va numi în ultimele lui lucrări „teama de prăbușire” împotriva căreia sunt ridicate apărările psihice și somatice (v. cap. 1, 4.5.).

Într-o recentă încercare de sinteză, B. Golse (1995) descrie apariția angoasei după o axă de diferențiere/separație pe un versant narcisic legat de stadiile precoce de dezvoltare. Există mai întâi angoasa descrisă de diverși autori din perspectiva fuziune-defuziune utilizând termeni ca angoasă de golire, de lichiefiere, de prăbușire, de explozie, de extracție, de precipitare, de aglutinare, de intruziune, de anihilare, de cădere în gol, de pietrificare... denumiri metaforice al căror scop este de a da o formă reprezentativă stărilor observate în stadiul preverbal. Contrar angoaselor precedente dominate de amenințarea înefabilă a pierderii obiectului primar, angoasa de separare survine prin intervenția unui al treilea separator („figura străinului”: tatăl?), angoasă de „precastrare” care răspunde travaliului de elaborare psihică (proiecție, deplasare, izolare...) care, prin metonimie, se deplasează asupra diverselor „obiecte” simbolice de castrare: amenințarea de a fi tăiat de obiectele sale provocatoare de angoasă (lăsăm ambiguitatea semantică a termenului „a fi tăiat”: a fi separat, a fi secționat, a fi

rănit...). Limbajul devine purtătorul de anxietate, dar permite travaliul de transformare.

Prin această scurtă incursiune teoretică, scopul nostru a fost de a arăta că toți autorii s-au aplecat asupra primelor stadii evolutive ale copilului și au abordat în mod necesar problema apariției angoozei. Observarea copilului, ipotezele teoretice care susțin această observare, clinica pedopsihiatrică și copilul normal se găsesc aici indisolubil legate. Acest lucru ne reduce la problema naturii normale sau patologice a angoozei. Aceasta este o problemă care nu poate niciodată să fie transată în instantaneul unei observații clinice, dar care necesită constant o perspectivă dinamică. Așa după cum a spus A. Freud: „nu este prezența sau absența angoozei, calitatea sa sau chiar cantitatea sa care să poată prezice echilibrul psihic ulterior sau boala. Semnificativă în această privință este doar capacitatea Eului de a stăpâni angooza”.

2. — TRANSFORMAREA ANGOASEI: MANIFESTĂRILE NUMITE NEVROTICE LA COPIL

Raporturile dintre angooză și diversele conduite sunt evidente pentru fobii, primul palier de elaborare a angoozei. Acestea sunt mai complexe împreună cu alte conduite (obsesii, simptome isterice, inhibiții...). O analiză superficială a simptomului poate chiar lăsa să se creadă în absența angoozei: „frumoasa indiferență” a copilului purtător al unei conversii isterice, inhibiția reușită care a șters angooza. Totuși o analiză mai atentă, abordarea empatică și în plus psihoterapeutică relevă inevitabil prezența angoozei sub diferite forme (teamă hipochondriacă, angooza de moarte sau de boală, tulburări de somn...), în spatele acestor simptome angooza fiind și mai evidentă când acestea încep să cedeze.

2.1. — CONDUITE FOBICE LA COPIL

Fobiile sunt frici nejustificate față de un obiect sau o situație, cu care confruntarea este pentru subiect sursa unei reacții intense de angooză. În raport cu fobia, subiectul, adult sau copil, tinde să utilizeze o strategie defensivă în cadrul căreia se pot descrie conduite de evitare, utilizarea unui obiect contrafobic sau a tehnicii de plonjare înainte (imersia de la comportamentaliști, învățarea pentru reflexologii).

Distincția este departe de a fi ușoară între frică și fobie, distincție unde intervine stadiul de maturizare a Eului, dar de asemenea experiența trăită, educația, capacitățile de obișnuire: din ansamblul acestor factori rezultă elaborarea fantasmatică care organizează teama sau fobia. Ca și pentru angooză, ni se pare artificial și prea didactic să distingem „fricile sau fobiile normale” și „fricile și fobiile patologice”. Doar evaluarea economică și dinamică poate da elemente de răspuns și nu doar un simplu reperaj semiologic.

Clasificarea americană (DSM-III-R, IV) distinge *fobiile simple* (obiect sau situație) în care domină anticiparea anxioasă, și fobiile sociale, teama numită irațională și persistentă de situații în care subiectul este expus la o eventuală observație atentă din partea cuiva.

Primele manifestări de fobie socială ar putea să fie la copil teama de interogare orală în clasă (teamă de a ieși la tablă), teama de a vorbi în fața străinilor... Forma cea mai clară de „fobie socială” este la copil „fobia școlară” (v. infra). Existența unei „fobii sociale” este însoțită aproape întotdeauna la copil de o inhibiție (botezată evitare în DSM-III-R; această traducere nu ni se pare a aduce nimic în plus conceptului de inhibiție în afara faptului de a se centra pe polul comportamental descriptiv în defavoarea polului interiorizat, comprehensiv... cu atât mai mult cu cât DSM-IV pare să revină la termenul de „inhibiție”).

Fricile

Fricile constituie prin frecvența lor un eveniment cvasi-constant în cursul creșterii: teama de întuneric între 18 luni și 2 ani, teama de animale mici, teama de animale care mușcă (lupul), teama de străini, teama de fantome sau de căpățâni (condensare dintre frica de lup și de străin). Începând de la aproximativ 8 ani, apare teama existențială, teama de moarte uneori direct exprimată sau sub forma fricii hipochondriace. În aceste reacții de frică, intervin mai mulți factori:

— apariția sentimentului de individualitate, a unui Sine pe care trebuie să-l păstreze: acesta este un lucru ce se observă a *contrario* la copiii psihotici care par să nu aibă conștiința vreunei limite a lor înșiși, și se pun astfel în situații periculoase în mod repetitiv;

— climatul familial: frica de animale (câini) poate fi indusă printr-o slăbiciune excesivă a părinților, terorizați de fiecare dată când copilul se apropie de un animal, mai degrabă decât printr-o non-percepție a legitimei neliniști a copilului. Părinții vor atunci să-l forțeze să-și crească frica și angooza prin confruntarea cu obiectul temut, teama de apă fiind un astfel de exemplu;

— în sfârșit, obișnuința joacă un rol care nu poate fi neglijat, prevalent chiar pentru teoreticienii comportamentului, modulând mai mult sau mai puțin starea afectivă care a însoțit o primă experiență trăită. Repetiția acestei prime experiențe spontane și active de către copil, sau din contră impusă de către anturaj, degajată

din climatul de anxietate inițială sau amplificată prin supraincercarea anxioasă a anturajului, puțin câte puțin se va lega sau dezlega de o angoasă solidarizând un mecanism de frică apoi de fobie sau din contră o atitudine adaptată și propice maturizării. Fobia se constituie atunci când frica invadează Eul copilului și împiedică astfel capacitățile sale adaptative și/sau evolutive.

Totodată considerăm că trebuie să distingem clar fobiile numite arhaice sau pregenitale, de fobiile perioadei oedipiene: dacă simptomul aparent este același, stadiul de maturizare a Eului, mijloacele de apărare de care dispune, relația de dependență de anturaj sunt la fel de diferite pe cât sunt și consecințele dinamice ale acestor două tipuri de fobii total opuse.

Fobii numite arhaice sau pregenitale

Se descriu sub acest termen stările de panică intensă cu toate semnele de teroare declanșate prin obiecte sau situații foarte obișnuite ale vieții cotidiane și observate cel mai frecvent la copiii mici ce prezintă manifestări psihotice. Totul se poate observa despre asta în materie de:

— teama de a trage apa la W.C., teama de aparate electrocasnice (aspirator, mașină de spălat), teama de baie sau orificiul de scurgere, teama de o trăsătură particulară (barbă...).

Aceste frici arhaice par să corespundă incapacității de elaborare mentală a angoasei. Se regăsește adesea o situație prototip în care copilul pare să fi avut pentru prima dată o criză de angoasă. Obiectul sau situația particulară din acel moment pretiau ulterior această semnificație angoasantă. În toate aceste cazuri, masivitatea angoasei, siderarea obișnuită a ansamblului capacităților de elaborare mentală, absența contra-investițiilor eficiente (evitare, obiecte contrafobice), frecvența descărcării motorii (mare criză de agitație, de automutilare sau de furt) ca singură sursă posibilă de angoasă caracterizează aceste fobii de tip arhaic.

Fobiile perioadei oedipiene

Nu există evident nici o ruptură brutală, nici temporală, nici structurală între cele două tipuri de fobii. Totuși, apariția fricilor celei de-a doua copilării (între 2-3 ani și 6-7 ani) pare să corespundă altor mecanisme mentale. La această vârstă, natura obiectelor și situațiilor fobice este cvasi-infinită: animale (șoricel, șobolan, păianjen, șarpe, lup...); elemente naturale (apă, furtună, tunet, fulger); peisaj urban (lift, macara, mașină sau camion); personaje (străin, bărbos, doctor); personaje magice (monstru, fantomă, câpcăun); situații (solitudine sau agorafobie, o mobilă din apartament, un hol, înălțime sau gol); teama de boală (teamă de murdărie, de microbi adesea precursori de ritualuri obsesionale); în sfârșit școala (vom studia ansamblul fobiilor școlare la capitolul consacrat școlii).

Funcții psihopatologice

Această enumerare ar putea să continue, dar nu trebuie să uităm că elementul evaluare este esențial pentru noi: ponderea investiției economice a obiectului și a situației fobice. De asemenea există toate posibilitățile intermediare între copilul care noaptea traversează în fugă holul pentru a ajunge la W.C., cu o mică strângere de inimă, și cel care urlă în camera sa, paralizat între frica de a urina în pat și teroarea de a traversa acel culoar. În al doilea caz, reacția poate fi determinată prin constrângerea copilului (fie din cauza propriei atitudini fobice a părinților, fie prin reacția colorată de agresivitate sadică), ceea ce riscă să conducă la o extensie a angoasei fobice.

Exemplul cel mai celebru din literatura pedopsihiatrică din domeniul fobiilor oedipiene este desigur „micul Hans”, caz raportat de S. Freud în 1909 asupra căruia el va reveni adesea (v. mai sus): Hans la aproape 5 ani și ½ a început să se teamă să iasă pe stradă deoarece îi era frică să nu fie mușcat de un cal. În cursul analizei, a reieșit că această frică de cal este o deplasare de la frica de tată și de pedeapsa pe care acesta ar putea să i-o aplice din cauza dorințelor tandre pe care le are pentru mama sa. Această teamă de a fi mușcat se transformă secundar în frica de a vedea caii căzând, adică într-o reprezentare substitutivă a agresivității la adresa tatălui. La fel cum frica de a vedea atelajul greu încărcat (căruța) ieșind din garaj este deplasarea simbolică în contrariul ei a plăcerii defecației cu mama la W.C., plăcere cu atât mai culpabilă cu cât o mică surioară se născuse de curând. În acest foarte scurt rezumat, care nu înlocuiește deloc lectura textului, se vede clar travaliul psihic repetat de *deplasarea* simbolică și de încastrarea succesivă ce conduc la supradeterminarea simptomului. Nu trebuie să uităm *beneficiile secundare* ale fobiei: a rămâne acasă aproape de mama sa, a putea menține relația cu tatăl și chiar a-i suscita interesul.

Aceste operații mentale: refulare apoi deplasare, supradeterminare, contra-investire și posibilitatea unui beneficiu secundar, demonstrează pe de o parte punerea în joc a principalelor instanțe psihice (Eu și Supraeu în special), pe de altă parte relativa lor eficacitate în legarea angoasei de reprezentări simbolice și, în sfârșit, posibilitatea de a menține un cadru maturativ și evolutiv. Se observă, aceste elemente disting net fobiile numite oedipiene de fobiile numite arhaice.

Evoluția fobiilor

Puține studii și-au propus să le urmărească evoluția pe termen lung. În majoritatea cazurilor, fobiile se atenuază spre 7-8 ani, chiar dispar, cel puțin în aparență. Unii copii, în afara cazurilor de psihoză, își păstrează conduitele fobice relativ fixe până la adolescență și dincolo de ea. Pare indiscutabil că atitudinea

anturajului joacă un rol preponderent în fixarea sau nu a acestor conduite. Unul dintre părinți este adesea el însuși fobic. Prin înțelegerea excesivă sau prin atitudinea sa provocatoare, el pare să organizeze conduita patologică a copilului. Aceasta apare în manieră destul de caricaturală în relația mamă fobică-fică fobică. Semnalăm de asemenea cazul fobiilor de școală din care unele par cvasi-imuabile.

2.2. — CONDUITE OBSESIONALE ALE COPILULUI

Definiție — Frecvență

Obsesia este o idee care asediază (*obsidere* = asediare) pacientul cu un sentiment de rău anxios, de care nu se poate elibera. Se descriu de asemenea ritualuri sau compulsiuni la acțiune (ritual de spălare, de verificare, de atingere etc.) împotriva cărora pacientul luptă mai mult sau mai puțin cu angoasă. Această definiție care privește atât copilul cât și adultul pune în evidență cei doi versanți ai conduitei obsesionale, mentalizarea (obsesiile) și acțiunea (ritualurile, compulsiile). Totuși este dificil de distins clar la copil ritualul marcat prin repetiția unui comportament sau unui ansamblu de comportamente (de tipul chiar al ritualului de verificare: al conținutului ghiordanului, a obiectelor necesare la adormire etc) și compulsiunea dominată de un sentiment de constrângere uneori precedată de o luptă anxioasă. Numeroase ritualuri apar la copil ca simptome cu Eul (contrar fobiei) fără luptă anxioasă, cel puțin la început. Există astfel o veritabilă linie genetică mergând de la simpla repetiție la ritualizare, ritual, compulsiie, până la stereotipie.

Dacă la copil există ritualuri frecvente, veritabilele gânduri obsedante sunt mai rare înainte de pubertate: anamneza pacienților obsesionali adulți relevă că 20% dintre ei au început să aibă idei obsedante spre 15 ani, și 50 până la 60% înainte de 20 de ani (Freedman, 1978). În schimb, este rară evocarea veritabilelor simptome obsesionale înainte de 10 sau 12 ani aproximativ. Dacă prevalența actuală este estimată la $1\% \pm 0,5$ și prevalența de-a lungul întregii vieți înainte de 20 de ani la $1,9\% \pm 0,7$ în populația generală, anchetele epidemiologice par a arăta o apariție precoce încă de la 7 ani cu un vârf spre 10,2 ani. Par de asemenea să existe două grupe, una cu apariție mai degrabă precoce prepunertă pentru băieți, alta mai tardivă, la adolescență, pentru fete (March și Leonard, 1996). Părinții prezintă frecvent trăsături obsesionale sau caracter obsesional marcat (rigoare, ordine, meticulozitate, curățenie etc.). Se regăsește uneori boala Gilles de la Tourette în familie.

Ritualuri obsesionale

Reprezintă primul stadiu genetic de apariție a conduitei obsesionale. Există o legătură directă între primele interacțiuni ale bebelușului cu anturajul său, repetarea și învățarea care rezultă de aici pentru a ajunge până la ritualul însuși. „Reacția circulară” descrisă de Piaget poate fi înțeleasă ca o schiță de ritualizare. Jocul cu bobina descris de Freud necesită repetarea respingerii (*for*) și a recuperării (*da*).

A. Freud a arătat corect că stadiul anal cu investirea stăpânirii, a controlului, a proprietății, a retenției, toate conduitele care traduc adesea contra-investirea dorinței de a se murdări (jocul în noroi), de a se mânji (frecvențele scăpări encopretice tranzitorii), de a distruge, reprezintă în realitate o fază obsesională tranzitorie și banală. Exigențele familiale nu trec fără a influența exigențele pulsionale interne: a se spăla pe mâini, a se purta bine, a nu pronunța „cuvinte grele” sau, dimpotrivă, a lăsa să-și exprime duritatea limbajului și a comportamentului. Această atitudine educativă modulează perioada anală, sursă de posibilă fixație ulterioară. În decursul fazei anale și o dată cu perioada oedipiană, dacă manifestarea fobică este cea mai frecventă, tentativa de stăpânire a angoasei prin ritualizare este, ca frecvență, a doua modalitate aleasă de copil. Ritualurile de culcare sunt un exemplu: ritual de aranjare a papucilor, de aranjare a pernei, istorii de povestit... În plus, ca și pentru fobii, răspunsul anturajului poate orienta această conduită într-un registru patologic când nu i se permite copilului să-și calmeze angoasa. Din contră, povestind istoria, plasând papucii la locul lor, copilul se liniștește și va dezinvesti puțin câte puțin acest comportament pe măsură ce maturitatea Eului îi va furniza alte sisteme defensive.

Aceste ritualuri, care sunt perfect egosintonice, reprezintă deci conduite banale, adesea asociate cu fobii sau succedându-le. Ca și ele, dispar în mod obișnuit spre 7-8 ani. La unii copii persistă ritualuri particulare care se organizează în jurul curățeniei: spălatul mâinilor, ștersul ochelarilor, nevoi repetitive și presante de a atinge la care se asociază gânduri obsedante și presante, ritualuri de verificare diverse (gaz, ușă, electricitate...). Aceste conduite sunt observate la copii mai mari, în jurul perioadei de latență și se asociază adesea cu o ușoară luptă anxioasă. La un număr de copii, aceste conduite ritualizate se integrează într-un mediu familial foarte obsesionalizat unde ele sunt tolerate fără probleme, dacă nu chiar favorizate. În aceste cazuri doar rareori acestea suscită jenă și tensiune la copilul însuși. Se asociază atunci de un ansamblu de trăsături de comportament puternic evocatoare pentru debutul unei organizări obsesionale.

În alte cazuri ritualurile obsesionale par să reprezinte încercări mai mult sau mai puțin disperate de conținere a pulsuniilor trăite ca periculoase și distructive. Semnificația ritualurilor pare să fie înainte de toate de a menține un mediu identic

și invariabil, și de asigurarea această imobilitate. Ne apropiem aici de organizările psihotice în care conduitele ritualizate sunt frecvente (v. cap. 16, 6.5.).

În sferă simnală că anumite conduite motorii particulare așa cum sunt ticurile sunt asimilate simptomelor obsesionale. Fără a ajunge până la o asemenea echivalență (tic = nevroză obsesională comportamentală), asocierea ticurilor și a trăsăturilor de comportament obsesionale este o observație frecventă, mai ales atunci când o luptă anxioasă precede descărcarea motorie.

Ideile obsedante

Rare la copil, se întâlnesc la preadolescent sau adolescent. Principalele obsesii și compulsii observate la copil sunt citate în tabelul V. Totuși, se întâlnesc mai frecvent adolescenți care prezintă o investire obsesională a gândirii cu îndoială, ruminăție, gânduri repetitive asupra morții, cu teme metafizice sau religioase.

TABELUL V. — *Principalele obsesii-compulsii la copil* (după March și Leonard, 1996)

Obsesii obișnuite	Compulsii
A vorbi de rău (de sine și de ceilalți)	Spălare
Teme de contaminare	Recitare
Teme agresive	Verificare
Teme sexuale	Atingere
Teme religioase	Numărare
Gânduri interzise	Aranjare
Nevoia de simetrie	Acumulare
Nevoia de a mărturisi	Rugăciune

Studiu psihopatologic al conduitei obsesionale

La fel cum am făcut distincție între fobiile arhaice și fobiile oedipiene, este important să distingem nivelul economic și dinamic la care se situează conduitele obsesionale observate la copil.

S. Freud și apoi A. Freud au arătat corect că una dintre sursele de organizare obsesională este reprezentată de o maturitate a Eului în avans față de nevoile pulsionale pe care acest Eu le dezaprobă: el utilizează atunci mecanisme de control și de izolare, la care se adaugă mecanismul de anulare. Această situație este în mod deosebit frecventă în perioada de latență când Eul cunoaște un puseu maturativ considerabil în același timp cu faptul de a se plia exigențelor socializării, în timp ce exigențele pulsionale interne sunt mai puțin intense. De aceea micile trăsături obsesionale sunt frecvente la copilul de această vârstă

(aranjarea ghiozdanului, colecții diverse, acumularea de obiecte diferite...), frecvent asociate de altfel cu urme de mlădițe pulsionale opuse (dezordine, refuzul de a se spăla...); aceste trăsături obsesionale nu compromit evoluția maturativă normală. Pe această linie evolutivă unde trăsăturile obsesionale, chiar micile ritualuri sunt cvasi-normale, poate să se grezeze o funcție defensivă nevrotică care să suprainvestească secundar aceste conduite (Widlöcher) și să le fixeze.

Foarte diferite din punct de vedere economic sunt conduitele obsesionale care par pentru copil singura modalitate de a asigura permanența, coerența unui mediu și un sentiment de individualitate întotdeauna gata să se facă țândări. În aceste cazuri, ca și pentru fobii, masivitatea conduitei obsesionale, caracterul lor dezadaptat, mai ales dezadaptarea care crește în raport cu maturizarea, lipsa de contra-investire pozitivă, dovedesc organizarea pregenitală subiacentă (v. capitolele despre psihoză și stările psihotice).

Această abordare psihopatologică este în prezent dezaprobată de unii autori pentru care la originea obsesiilor și compulsiilor se află o tulburare neuro-psihiatrică. Acești autori se bazează pe: 1) studii genetice familiale ce relevă asocierea frecventă dar inconstantă a obsesiilor-compulsiilor cu sindromul Tourette. 2) studii neuroradiologice care arată anomalii în circuitele care leagă nucleii cenușii centrali de cortex (circuitele răspunzătoare de acțiunea inhibitorilor Recaptării Serotoninei: IRS); 3) anomalii ale neurotransmițătorilor la pacienții ale căror simptome debutează în copilărie. O reconciliere este de asemenea propusă prin tulburările neuropsihiatrice care apar în decursul unor afecțiuni cum sunt coreea Sydenham din infecțiile cu streptococ B hemolitic (March și Leonard 1996). Aceste ipoteze sunt întărite, după acești autori, prin eficacitatea terapeutică a medicamentelor IRS (v. cap. 18, 6.3.).

2.3. — CONDUITELE ISTERICE LA COPIL

Deoarece terminologia clinică se pretează și mai mult la confuzii decât în cazul fobiilor și obsesiilor, convenim aici că, atunci când vorbim de isterie, distingem clar simptomele isterice (conversii, crize, fugi sau stări crepusculare etc.) de trăsăturile de personalitate numite isterice a căror delimitare la copil, la fete în mod special, este cel puțin imprecisă. După o scurtă introducere epidemiologică, vom studia principalele simptome, apoi problema trăsăturilor de personalitate numite isterice.

Generalități: epidemiologie

Dacă se exclude adolescența, simptomele isterice sunt rare la copil, de ordinul a câtorva cazuri anual în serviciile spitalicești. La copilul mai mic de 10 ani, nu pare să existe o prevalență certă pentru un sex. Frecvența crește începând cu 11-12 ani, mai ales la fete. De la 14-15 ani, se pot întâlni simptomatologii isterice apropiate de cele observate la adult. Mai multe observații clasice au condus la descrierea unor stări de „epidemie” de manifestări isterice în clase sau internate. Astfel de observații au devenit mai rare.

Simptome isterice

Conversiile reprezintă simptomele tipice ale patologiei adulte. Rare la copil, atunci când ele există este vorba întotdeauna de conversii care afectează aparatul locomotor, mai ales mersul: schiopătat, atitudine ebricioasă, incapacitatea de a merge. Handicapul este întotdeauna masiv, poate ceda când copilul este culcat sau nu este observat. Tulburările de sensibilitate sunt rare, chiar inexistente. Alte simptome durabile descrise la copil sunt reprezentate de hipoacuzie, amauroză sau cecitate, afonie sau mutism. Cel mai frecvent se observă la copiii mai mari sau la adolescenți.

Un element care pare cu atât mai important cu cât copilul este mai mic: se regăsește la modul cvasi constant un simptom motor identic în anturajul apropiat: schiopătatul la un părinte, hemiplegie recentă a unui bunic, accident cu handicap motor la un unchi... Dacă interviul familial nu regăsește un asemenea context, dacă simptomul pare bizar sau fluctuant, dacă nu este masiv și puternic evocator, dacă se însoțește de mici tulburări de sensibilitate sau de alte semne generale, noi recomandăm extremă prudență clinicianului înainte de a-și centra atenția asupra „beneficiilor secundare” ale simptomului. Orice copil bolnav are beneficii de la o boală care induce întotdeauna, mai ales dacă se prelungește, importante reamenajări familiale. Diagnosticul de conversie isterică la copilul mic (mai puțin de 10-11 ani) nu trebuie să fie acceptat decât după un bilanț somatic avizat.

Manifestări acute

Sunt variabile și mai frecvente decât conversiile, dar delimitarea lor semiologică depinde în parte de rigoarea sau de ușurința cu care se evocă isteria: crizele de agitație, fără a ajunge la marea criză de epistotonus, crizele de tetanie normocalcemice, fugile, stările crepusculare, somnambulismul, amnezia identității sau dedublarea personalității sunt pe rând atribuite, uneori fără rigoare și prin simpla analogie cu clinica adultă, isteriei. Și aici astfel de diagnostice trebuie să fie acceptate cu rezervă.

Trăsături de personalitate isterică

Adultul isteric este adesea etichetat ca fiind infantil. Ce ar fi de spus despre copilul isteric prin natură? Dacă vrem să spunem prin aceasta: copilul are nevoie să fie iubit, să fie privit, să fie obiect de admirație, îi place să se afle în centrul atenției sau să facă pe bufonul, că trece repede de la răs la plâns, că știe să fie tiranic și exigent, efectiv orice copil între 3 și 5 sau 6 ani este isteric. Dar este aici o confuzie între structura psihopatologică a isteriei, o semiologie pur descriptivă a adultului și, în sfârșit, o necunoaștere a poziției reale a copilului al cărui narcisism nu se poate hrăni inițial decât din narcisismul parental.

Astfel ceea ce se numește labilitate afectivă, egocentrism, teatralism, nevoie de a fi iubit, va avea aceeași semnificație la adult ca la copil. Ar fi bine de altfel să distingem mai riguros la adult nevroza isterică, personalitatea infantilă și organizarea narcisică și să le diferențiem clar de narcisismul normal al copilului mic. Totuși, în afară de aceste trăsături de personalitate, anumiți autori au vrut să vadă în tendința la simulație, în minciună și mitomanie, în reveria fabulatorie care poate merge până la delirul de imaginație Dupré, semne precursore ale unei organizări isterice, ceea ce evoluția ulterioară a acestor copii este departe de a confirma.

În aceste condiții, așa după cum sennalează Lebovici, diagnosticul de isterie la copil traduce mai frecvent o contra-atitudine agresivă a unui adult, decât o realitate clinică.

Ipoze psihopatologice

Freud a emis ipoteza că predispoziția la nevroza obsesională se sprijină pe un avans al dezvoltării Eului față de pulsunile libidinale inacceptabile și neacceptate, ceea ce declanșează regresia lor. Aceeași ipoteză inversată a fost avansată pentru o predispoziție la isterie: ar fi vorba despre pulsuni libidinale prea intense față de un eu încă imatur, incapabil și de a le controla și de a le canaliza, în așa fel încât ansamblul corpului și conduitei copilului sunt saturate de investiri libidinale.

Această ipoteză este întârîtă de descrierile pe care istericii adulți le fac părinților lor: acest tată seducător și periculos, ținut la distanță de o mamă agresivă și severă, cu amintirile unei sexualități infantile adesea exacerbate. Dacă în clinică se observă copii a căror trăire pulsională pare apropiată, care se excită cu extremă ușurință, a căror juisanță masturbatorie pare intensă (se evocă de altfel mai mult în acest caz o fetiță isterică și un băiat caracterial), astfel de copii rar prezintă o simptomatologie isterică și părinții lor rar oferă profilul descris mai sus. În realitate, așa după cum subliniază Lebovici, se pare că formarea nucleului isteric ce constituie fundalul unei nevroze isterice a adultului se

organizează după faza de latență și corespunde neurozei infantile ca model și nu ca realitate clinică. Acesta este travaliul de reelaborare mentală, reconstrucția fantasmatică a trecutului care dă o semnificație isterică relațiilor copilului cu imaginile sale parentale. În acest sens „isteria în formele clasice nu aparține patologiei copilului. Adolescenții o construiește și o relevă ulterior”.

Cum să înțelegem în aceste condiții rarele conversii ale copilului mic? În ceea ce ne privește, ni se pare că relația reală cu anturajul joacă un rol primordial, corpul copilului fiind în mod cert proprietatea sa, dar aparținând de asemenea și mamei. De altfel distincția dintre simptom psihosomatic, plângere hipocondriacă și conversie isterică este cel mai adesea incertă la copil. Exemplul cefaleei este în această privință tipic. Complezența familială în privința corpului copilului este întotdeauna mare, anxietatea rapid excesivă, beneficiile numite secundare prea masive: toate acestea nu corespund travaliului de deplasare și de simbolizare observat în clinica adulților. Evoluția către organizări hipocondriace grave ulterioare reprezintă în realitate o variantă mai frecventă decât constituirea unei neuroze isterice, la vârsta adultă, la copiii care prezintă precoce această simptomatologie de alură isterică.

2.4. — INHIBIȚIA

Cu toate că, prin definiție, nu se vorbește de ea, inhibiția este totuși un simptom frecvent întâlnit în cadrul unei consultații medicopsihologice. Inhibiția școlară în special reprezintă unul din motivele cele mai frecvente de consultație a copilului între 8 și 12 ani. Inhibiția poate atinge toate sectoarele vieții copilului, atât conduitele socializate cât și cele mentalizate. Botezată „evitare” în ediția III-R a clasificării americane (DSM-III-R: Tulburare de evitare), noi preferăm să păstrăm termenul de „inhibiție”. Acest termen va reapărea de altfel în DSM-IV cu subtipurile „inhibat” și „dezinhibat” a „tulburării de atașament la copil”. Inhibiția reflectă la fel de bine versantul comportamental (repliere, evitarea relațiilor sociale) precum și pe cel intrapsihic (goluri de memorie, incapacitatea de a gândi...). Într-un mod paradoxal, căci au fost realizate într-o stare de spirit depărtată de preocupările psihopatologice, unele studii genetice recente (Biederman și colab. 1990, Rosenbaum și colab. 1992) tind să arate că „inhibiția” ar putea să reprezinte un „veritabil indice transcategorial” care ar putea să unifice tulburările anxioase (mai ales în legătura transgenerațională părinte-copil) și să redea conceptului de inhibiție un interes pe care termenul de „evitare” riscă să-l mascheze.

Inhibiția conduitei exterioare și socializate

Toate gradele de inhibiție pot să fie văzute în comportament. Există astfel copii întotdeauna calmi, ușor submisivi, care nu vorbesc niciodată despre ei, care sunt calificați ca fiind prea cuminți, dar care păstrează totuși o posibilitate de contact cu ceilalți copii: se joacă sau lucrează cu plăcere.

Se pot întâlni inhibiții mai accentuate: copii întotdeauna izolați, neîndrăznind, în pofida dorinței uneori recunoscute, să se apropie de ceilalți adulți sau copii: nu se joacă în curtea școlii, rămân acasă în zilele de vacanță, refuză activitățile de grup (preferință de fobie socială). Atitudinea lor este uneori contrastantă în anturajul propriu (părinți sau frați) unde ei pot, într-un cadru protejat, să se arate autoritari și dominatori. Cel mai grav tablou se realizează în mutismul extrafamiliar. În majoritatea cazurilor familia vorbește de timiditate care, atunci când devine prea importantă, poate împiedica procesul de socializare a copilului, de unde termenul de fobie socială.

Inhibiția poate atinge și corpul copilului: puțin mobil, puțin activ, cu o mimică săracă. La maxim ar fi vorba de stângăcie gestuală, până la veritabile dispraxii (v. cap. 5, 4.) care nu fac decât să agraveze cercul vicios al timidității.

Inhibiția conduitei mentalizate

Inhibiția afectează aici fie însăși organizarea fantasmatică, fie funcționarea intelectuală. Inhibiția visării, imaginației, fantasmării este destul de frecventă, chiar dacă aceasta nu reprezintă un motiv frecvent de consultație. Se însoțește de obicei de mici trășături obsesionale. Este vorba de copii care se joacă puțin sau cu jocuri foarte conformiste, preferând să recopieze un desen mai degrabă decât să-l inventeze, rețușând și ștergând mult cu o grafie nesigură, uneori chiar tremurătoare, plăcându-le activitățile de manipulare care au întotdeauna un aspect repetitiv. Această inhibiție a fantasmării poate în mod paradoxal să faciliteze inserția socială datorită unei atitudini conformiste. La maxim se poate descrie tabloul imbecilității nevrotice, copii care par, în pofida bunelor rezultate școlare, „proști, imbecili”, neînțelegând glumele, ușor de exploatat de ceilalți.

Contrar formei precedente, inhibiția intelectuală deranjează școala și pe părinții care vin la consultație. În realitate, eșecul școlar grav este rar deoarece copiii se mențin în limite normale. Ei par să aibă dificultăți în capacitatea de a gândi, totdeauna în retragere, intervenind puțin în activitățile școlare, temându-se să fie întrebați. Confrunțați cu o întrebare mai ales orală, dar uneori și scrisă, acești copii își exprimă frica extremă de a se înșela, teamă care poate să ajungă până la un sentiment de „alb” sau de „vid” în cap, ilustrare caricaturală a refuzării masive. Uneori se observă un eșec școlar în sector (ortografie sau calcul sau limbă vorbită etc.). În ciuda unui nivel intelectual satisfăcător, acești copii au o

alură de pseudo-debilitate nevrotică, reprezentând în sfera cognitivă echivalentul tabloului de imbecilitate din sfera afectivă. Dacă la școala primară copilul nu întâmpină de obicei dificultăți majore, ajuns în școala secundară, această inhibiție poate să conducă la eșec școlar în momentul în care copilului i se cere o participare mai activă și mai personală. Un număr important de dificultăți școlare din clasele 5-6 se explică în acest fel.

Anumite inhibiții se asociază totuși cu o diminuare mai mult sau mai puțin importantă a eficienței intelectuale obiectivabile prin teste de inteligență. Trimitem cititorul pentru acest punct la capitolul consacrat psihopatologiei funcțiilor intelectuale (v. cap. 9, 3.3.).

Psihopatologia inhibiției

În *Inhibiție, Simptom, Anxioasă*, S. Freud arată că inhibiția este expresia unei limitări funcționale a Eului al cărei scop este de a evita un conflict cu Sinele, adică să evite confruntarea cu pulsunile libidinale sau agresive. Simptomul, în schimb, reprezintă un compromis care permite o satisfacție pulsională cel puțin parțială. Din punct de vedere economic și dinamic, inhibiția se plasează deci dincolo de simptom. Aceasta este de altfel o constatare clinică și psihoterapeutică frecventă: inhibiția, atunci când se atenuază, lasă să transpară alte conduite simptomatice fobice, obsesionale sau agresive de exemplu. La un mare număr de copii inhibați, o exprimare fantasmatică uneori foarte bogată succede fazei de inhibiție de la debutul terapiei, însoțită sau nu de schimbări de comportament: copilul care devine turbulent sau agresiv, care nu mai are vechea cumințenie. Se înțelege necesitatea unei strânse colaborări cu părinții pentru ca aceștia să ajungă la o înțelegere pozitivă a acestor schimbări.

Într-o manieră generală pulsunile libidinale dar mai ales cele agresive sunt adesea vii și trăite ca angostante și ca sursă de culpabilitate de către copilul inhibat. Refuzarea masivă a acestor pulsuni reprezintă singura posibilitate, în cazul unui Eu prea fragil sau a unor constrângeri educaționale și parentale prea riguroase. Atunci când inhibiția domină în versantul său socializat, testele proiective pot să releve direct bogăția și intensitatea pulsională subiacentă. Abordarea terapeutică este în general destul de ușoară. Atunci când inhibiția invadează conduitele înseși mentalizate, testele se dovedesc în general sărace, pur adaptative, nu fac decât să obiectiveze o refulare masivă care implică întregul psihism. Dacă nu există într-un sector o întoarcere a refuzului sub forma unui simptom, abordarea terapeutică este foarte dificilă deoarece copilul neagă întreaga dificultate: el se adaptează la modul conformist și submisiv, atât la școală cât și în psihoterapia sa.

În unele cazuri, inhibiția pare atât de masivă, pare să împiedice în așa măsură capacitățile de autonomizare ale copilului, încât o patologie mai severă de tip

psihotic nu este exclusă: este ceea ce se observă în unele mutisme extrafamiliale grave și prelungite.

3. — NEVROZA LA COPIL

La copil nevroza are un destin deosebit: probabil că psihiatrii și psihanaliztii de adulți evocă mai frecvent „nevroza infantilă” decât psihiatrii sau psihanaliztii de copii care vorbesc de „nevroza unui copil”. Aceasta ne introduce de la început în dubla interogație care va fi firul conducător al acestei ultime părți.

1. *În ce măsură nevroza infantilă este o realitate a clinicii infantile sau o reconstrucție teoretică ulterioară la un adult nevrotic?*

2. *Deține oare nevroza copilului o autonomie distinctă față de nevroza adulțului sau nu este decât o simplă copie?*

De fapt pericolul referitor la nevroza copilului este, pe de o parte, faptul de a ne servi direct de reconstrucțiile freudiene asupra nevrozei infantile și, pe de altă parte, de a adopta o atitudine adultomorfistă cu obișnuita distincție nevroză fobică – nevroză isterică – nevroză obsesională care în domeniul pedopsihiatriei nu corespunde unei realități clinice în dubla ei perspectivă sincronică și diacronică, excepând poate ultimele stadii ale adolescenței. În afară de această ultimă perioadă, nevroza copilului se caracterizează printr-o variabilitate de conduite psihopatologice care se potrivește cu hazardul interacțiunilor trăite de copil și cu remanierele consecutive creșterii. Această plasticitate foarte diferită de nevrozele adulțului ne obligă să distingem două niveluri de studiu:

– descrierea semiologică a anxietății și a principalelor conduite patologice mentalizate (simptome fobice, isterice, obsesionale etc.);

– nivelul unei eventuale organizări structurale subiacente cu toate conceptualizările teoretice care o susțin.

În primele părți ale acestui capitol am evitat termenul de nevroză, limitând în mod intenționat studiul angostei și a conduitei numite nevrotice.

Existența unei nevroze ca organizare structurată la copil nu a fost întotdeauna acceptată fără rezerve și rămâne de altfel o problemă dezbătută: pentru unii, nu se poate vorbi de nevroză fără interiorizarea suficientă a relațiilor de obiect și mai ales fără o diferențiere topică între instanțele Supraeului și Eului care permit amenajarea unui conflict numit nevrotic (stadiul falic-oedipian). Pentru numeroși autori, aceste condiții exclud din câmpul nevrozelor patologia copilului mic (înainte de 4-5 ani) și explică de asemenea fluiditatea simptomatologiei în funcție de maturizarea copilului. În cursul creșterii, de fapt capacitățile adaptative ale Eului copilului, pulsunile cărora el trebuie să le facă față, interiorizarea legii

parentale, mai întâi personalizată și apoi din ce în ce mai abstractă și socializată, sunt la originea unui echilibru în continuu rupt și regăsit pe baze noi. Aceste reamenajări dinamice și economice permanente dau seama de variabilitatea semiologică. Astfel, contrar adultului, nu există la copil, în afară de situații excepționale, o nevroză fobică, isterică sau obsesională care să dovedească modalități de interacțiune relativ stabilizate. Organizările nevrotice la copil, în măsura în care există așa ceva, trebuie deci să răspundă la două criterii:

- o variabilitate semiologică în timpul reamenajărilor pulsionale caracteristice fiecărui stadiu maturativ;
- menținerea într-un cadru de dezvoltare în mare satisfăcătoare.

Aceste criterii au fost perfect expuse încă din 1945 de către A. Freud în *Tratamentul psihanalitic al copiilor*. Pentru a rămâne cât mai aproape de clinică, această variabilitate ne impune un studiu diacronic al nevrozelor copilului și nu o abordare structurală.

3.1. — ASPECTE CLINICE ALE NEVROZEI COPILULUI ÎN FUNCȚIE DE VÂRSTĂ

În perioada oedipiană (4/5 – 6/7 ani)

Unii copii par brutal afectați de apariția unei simptomatologii zgometoase. Reamintim aici cazul micului Hans (v. 1.2. și 2.1.), cel puțin pentru a arăta prevalența conduitei fobice la această vârstă. Nu este rar faptul ca alte manifestări, tulburări de somn, dificultăți alimentare, instabilitate să se asocieze. Apariția ritualurilor marchează o etapă evolutivă și dovedește tentativele de control de către Eul copilului. Elementul esențial de evaluare este reprezentat de posibilitatea sau nu a elaborării secundare a angoselor: au simptomele o capacitate de legare suficientă pentru a permite continuarea dezvoltării? În cazul contrar, în pofida multiplicității simptomelor, angosă tot mai vie a copilului conduce la o întoarcere către poziții pregenitale (v. organizări prepsihotice) și riscă să determine o fixare simptomatică.

Majoritatea acestor stări acute evoluează către o diminuare progresivă a conduitei zgometoase (mai ales fobice), fie pentru a intra într-o acalmie veritabilă corespunzătoare perioadei de latență, fie pentru a lăsa câteva simptome martore ale nevrozei în curs de instalare a copilului.

În perioada de latență (6/7 ani – 11/12 ani)

Se pot observa trei tipuri de expresii simptomatice. Primele două sunt în concordanță cu stadiul maturativ despre care reamintim simplu că se caracterizează

printr-o relativă repliere pulsională în același timp în care Eul copilului se întoarce într-un mod privelegiat către investițiile externe și socializate. Inhibiția și conduitele obsesionale reprezintă cele două expresii simptomatice în conformitate cu stadiul de dezvoltare. Adăugăm aici conduitele nevrotice izolate dar persistente.

Inhibiția (v. 2.4.). — Poate fi cognitivă, conducând la dificultăți de învățare la un copil cu inteligență de altfel normală. Este vorba în general de dificultăți într-un domeniu pedagogic specific: dificultăți de învățare a cititului (în timp ce tot ceea ce ține de domeniul calculului sau expresiei grafomotorii pare a fi normal achiziționat), dificultăți de scris de tipul „crampei scriitorului” fără altă dispraxie, dificultăți de ortografie fără antecedente de retard al limbajului în special atunci când aceste dificultăți sunt localizate la anumite cuvinte sau grupe consonantice.

Inhibiția poate să fie relațională (timiditate) asociindu-se adesea în mod mai mult sau mai puțin important cu fobie socială (teamă de judecată sau de privirea celorlalți: de exemplu teama de a ieși la tablă).

Pentru Lebovici, „adevărată” nevroză a copilului în perioada de latență este ilustrată prin inhibiția în special intelectuală. Această inhibiție se asociază adesea cu discrete simptome (v. mai jos). Dacă suferința nevrotică este uneori demonstrată sub forma rușinii sau culpabilității (în special în situația eșecului școlar relativ) ea poate de asemenea să fie ignorată de către copil și proiectată în exterior, ceea ce protejează Eul copilului și posibilitățile sale adaptative.

Conduitele obsesionale. — Acestea iau forma unor mici ritualuri tipic amenajate în jurul a două sectoare susceptibile să mobilizeze angosă: culcarea și activitatea școlară (aranjarea ghiozdanului).

În mod obișnuit este vorba de mici ritualuri persistente sau de trăsături de caracter încă sintone cu Eul copilului. În rare cazuri totuși s-a descris existența în această perioadă a simptomelor obsesionale mai nete: rigiditatea, masivitatea acestora trebuie să ducă la semne de întrebare asupra funcției lor defensive în raport cu o eventuală organizare pregenitală subiacentă.

Simptomele nevrotice persistente. — Prezente în mod izolat sau asociate cu una sau alta dintre manifestările precedente, aceste simptome dovedesc o anxietate persistentă direct evidențiată prin plângerile hipocondriace, fobiile simple; alfel se întâlnesc manifestări ca enurezisul, obiceiuri motorii (suptul degetului, onicofagie...), coșmaruri oarecum prea frecvente, alte tulburări ale somnului (ritm persistent, somnambulism...), bătăială sau vorbit peltic rebele la orice reeducare.

Uneori poate să fie vorba de tulburări de alură comportamentală: instabilitate legată de un context specific (de exemplu, instabilitatea copilului acasă, dar nu

și la școală, sau invers; instabilitate mai mare în prezența unui anumit adult...), comportamente de opoziție repetitive și sistematic conducând la răspunsuri parentale punitive, un sentiment de culpabilitate etc.

Ca și pentru inhibiție și ritualuri caracteristica „nevrotică” a acestor simptome este pe de o parte că nu împiedică excesiv dezvoltarea (de exemplu eșecul școlar este rar complet: copilul trece întotdeauna dintr-o clasă în alta fiind la limită sau având un eșec într-un domeniu dar reușind în celelalte); pe de altă parte, sunt adesea persistente, destul de rebele la tentativele terapeutice „reducative” fie ele psihopedagogice, psihomotrice, ortofonice, comportamentale sau medicamentose (enurezis); sau ele reapar cu ușurință într-un alt domeniu după începutul unui tratament care pare eficace; în sfârșit și mai ales aceste simptome „strcă viața” copilului care dovedește, mai frecvent decât se spune, rușine și culpabilitate cu privire la această conduită. Persistența acestei rușini/culpabilități, aceste două afecte fiind adesea legate, traduce ponderea Supraeului asupra activității simptomatice a Eului, judecată ca fiind vinovată. Aceste conduite „nevrotice”, veritabile puncte de fixație, dovedesc urme ale conflictului oedipian incomplet refutat. Aceste puncte de fixație (v. cap. 1, 4.1.) pot, pe de o parte, să mobilizeze o contra-investire costisitoare în plan energetic (mai puțină investire sublimatorie, mai puțină libertate epistemofică) și, pe de altă parte, să împiedice parțial dezvoltarea prin tendințele la regresie pe care le mobilizează (v. cap. 1, 4.1.).

O dată cu trezirea pulsională de la pubertate, aceste conduite riscă să se amplifice și să mobilizeze în jurul lor conflictualitatea nevrotică reactualizată care suscită la adolescent apariția stărilor clinice patologice (stări anxioase, tulburări nevrotice diverse: vezi Adolescență și psihopatologie) acolo unde la copil în perioada de latență aceste simptome rămăseseră infraclinice sau tolerate și tolerabile atât pentru copil, cât și pentru anturaj.

3.2. — ASPECTE TEORETICE ALE NEVROZEI LA COPIL

Modelul nevrozei infantile

Freud a definit nevroza infantilă fie plecând de la observațiile făcute de el însuși asupra copilului (micul Hans), fie plecând de la reconstrucția la adulții nevrotici (Omul cu șobolani, Omul cu lupt). Cităm ca exemplu pasajul următor:

„Viața sexuală infantilă constă într-o activitate autoerotică cu componente sexuale predominante, în urme de iubire obiectală și în formarea acestui complex care va fi îndreptățit să se numească complex nodal al nevrozelor. Acesta din urmă cuprinde primele emoții de tandrețe sau de ostilitate față de părinți, frați și surori, cel mai frecvent după ce curiozitatea copilului a fost trezită de nașterea

unui frate sau a unei surori. Faptul că se formează în general aceleași fantasme cu privire la propria copilărie, independent de ceea ce viața reală îi aduce, se explică prin uniformitatea tendințelor conținute în aceste complex și prin constanța cu care apar ulterior influențele modificatoare. Aparține astfel complexului nodal al copilăriei faptul că tatălui i se atribuie rolul de dușman în domeniul sexual, al celui care jenează activitatea sexuală autoerotică și, în marea majoritate a cazurilor, realitatea contribuie din plin la realitatea acestei situații afective”.

(Freud: „Omul cu șobolani”. În: *Cinq psychanalyses*).

Pentru Freud nevroza infantilă este astfel un „complex nodal” în care se organizează viața pulsională a copilului. Nu vom reveni aici asupra evoluției libidinale a copilului (v. cap. 1, 4.) decât pentru a reaminti că diversele pulsuni pariale (orale, anale, falice) trebuie să se unifice în momentul Oedipului sub primatul pulsionilor genitale. Dar refuzarea vine într-un prim timp să șteargă această pre-formă de organizare nevrotică și doar reconstrucția ulterioară de către adolescent și apoi de adult a trăirii fantasmatică a copilăriei mici va da semnificația de obicei traumatică pe care nevroza adultă o atribuie diferitelor evenimente ale copilăriei.

Astfel pentru Freud însuși nevroza infantilă funcționează mai mult ca un model explicativ al nevrozei adultului decât ca o realitate a clinicii infantile. Merită spus că totuși cazul micului Hans prezentat ca exemplu de nevroză infantilă, ca și caz clinic dar și ca prototip de dezvoltare cvasi-normală, vine să amestece cărțile. Smirnoff a subliniat ambiguitatea inerentă a faptului de a utiliza același termen de „nevroză infantilă” pentru a vorbi despre o stare morbidă și pentru a evoca un moment fecund și structurant al organizării psihice a copilului. Aceeași ambiguitate se regăsește în utilizarea termenului de „poziție depresivă” (v. cap. 19, 1.). În ceea ce ne privește, urmându-l pe Lebovici, ni se pare preferabil să păstrăm strict termenul de „nevroză infantilă” pentru noțiunea de model metapsihologic caracteristic pentru un stadiu de dezvoltare normală a copilului și de a-i opune termenul de „nevroză la copil” pentru a vorbi de realitatea clinică.

Nevroza infantilă traduce organizarea sexualității infantile în jurul pozițiilor falice, a fricii de amenințarea cu castrarea și pe de altă parte a figurării problematicii oedipiene. „Nevroza infantilă” în curs de constituire nu are decât o „slabă expresivitate clinică” dovedind doar organizarea progresivă a aparatului psihic cu diferențierea instanțelor și utilizarea largă a mecanismelor de apărare (refuzare, deplasare, izolare, reîntoarcere în contrariu...). Această „nevroză infantilă” cvasi asimptomatică nu își găsește expresivitatea decât în desfășurarea ulterioară a unei nevroze cu expresie transferențială la un adult și în „nevroza de transfer” mobilizată ulterior prin cura psihanalitică. Astfel, după P. Denis, „nevroza infantilă” corespunde organizării perioadei de latență. Punerea în scenă

a acestei nevroze infantile dă seama de refulare, de amnezia infantilă. Din acest punct de vedere perioada de latență nu este cea fază unde „nu se întâmplă nimic”, așa după cum o înțelegere pripită ar putea lăsa să se creadă. Din contră, este o fază de punere „în istoricitate” a subiectului, refularea permițând să se constituie acest trecut infantil ce înscrisie organizarea psihică în derularea timpului cu scandalurile care vor reprezenta diversele „post-factum”: subiectul devine astfel depozitarul unei memorii, a unui trecut, întotdeauna accesibil, întotdeauna remaniat.

Nevroza la copil se pare că eșuează tocmai în această punere în latență. Se pune atunci problema locului acestei nevroze la copil în funcție de etapele de maturizare a copilului și de mediul său, așa după cum am mai repetat-o.

Abordare psihopatologică a nevrozei copilului

Vom reaminti mai întâi pozițiile teoretice ale principalilor autori care s-au ocupat de manifestările clinice ale nevrozei la copil.

Anna Freud caută să evalueze criteriile de organizare a unei nevroze. După ea, dacă se decelează în organizarea libidinală o mobilitate și o tendință la progresie care contrabalansează fixația nevrotică, se rămâne într-un cadru maturativ normal; dimpotrivă, când amenajarea pulsională și defensivă pare rigidă, nemobilizabilă prin simpla mișcare maturatională, o nevroză este de temut. În criteriile sale de apreciere, A. Freud introduce factori cantitativi și calitativi. Factorii cantitativi se referă la forța Eului și la capacitatea de a face față într-un mod adaptat sau nu exigențelor pulsionale variabile. Factorii calitativi țin cont de natura mecanismelor de apărare utilizate (refulare, negare, formațiune reacțională, întoarcere în contrariu, proiecție, fugă în fantasmă etc.) știind că ceea ce este patologic nu este faptul de a utiliza un mecanism de apărare (dimpotrivă, este atitudinea normală), ci utilizarea intensivă, durabilă și adesea monomorfă a unui sau câtorva mecanisme de apărare. Această rigiditate semnează organizarea patologică și sărăcirea în același timp a Eului copilului.

Reluând și urmărind formulările Annei Freud, H. Nagera (1969) distinge: — imixtiunile în dezvoltare, adică tot ceea ce perturbă evoluția normală a dezvoltării (de origine culturală, educativă sau individuală). În acest sens exemplul este exigența prematură față de curățenia sfincteriană a bebelușului la o vârstă la care el nu poate integra această cerere. Este vorba în majoritatea cazurilor de conflicte între pulsunile copilului și mediul său. Dacă simptome pasagere pot să apară, acestea sunt în general tranzitorii și încetează atunci când presiunea neadaptată a mediului încetează;

— conflictele de dezvoltare, inerente experienței trăite de fiecare copil: ele sunt proprii unui stadiu specific și de natură tranzitorie. Astfel sunt conflictele interne inerente stadiului falic-oedipian;

— conflictul nevrotic care este un conflict interiorizat. El reprezintă adesea puncte de fixație ale unui conflict de dezvoltare pe care îl mențin și perenizează (angoasă de castrare);

— în sfârșit, nevroza propriu-zisă. Aceasta este martorul conflictelor interiorizate care survin pe o organizare de personalitate suficient diferențiată. Se caracterizează totuși prin dependența copilului față de lumea exterioară ale cărei evenimente pot încă să bulverseze organizarea nevrotică și prin menținerea unei fluidități simptomatice minime.

Pentru M. Klein interesul nevrozei copilului este de a fi forma de evoluție naturală și pozitivă a stadiului psihotic (schizoparanoid) normal al copilului: acesta se „vindecă” de poziția sa psihotică organizând o nevroză de care M. Klein nu se interesează în prea mare măsură. Toate descrierile ei se referă de fapt la organizări pregenitale cu mecanisme defensive care le însoțesc (clivaje, proiecții etc.).

În schimb în Franța psihiatrii și psihanalizii de copii s-au aplecat de multe ori asupra statutului nevrozei la copil. Printre aceștia lucrările lui Lebovici ocupă un loc important. Acest autor distinge net nevroza infantilă ridicată la rang de model psihopatologic, și nevroza la copil, realitate clinică indiscutabilă: în acest ultim caz, simptomele nevrotice ale copilului nu sunt îndepărtate prin refulare secundară (contrar a ceea ce se observă în modelul nevrozei infantile), fiind totuși reelaborate intermediar, administrate în perioada de latență. Această reelaborare intermediară distinge nevroza de organizările pregenitale și explică de asemenea relativa discontinuitate simptomatică dintre nevroza copilului și nevroza adultului. Această abordare îl conduce totuși pe autorul la interogația asupra semnificației simptomelor nevrotice înainte de perioada de latență: acestea ar dovedi în realitate în același timp partea „de dincoace” de nevroza infantilă marcată de conflicte pregenitale (din acest punct de vedere structural, termenul de prenevroză propus de autori ca Lang este pe deplin justificat), dar și istoria de remanieri întotdeauna posibile datorate interacțiunilor copilului cu anturajul său familial. Nevroza adultului și reactualizarea sa în nevroza de transfer și găsește originea în înregistrarea urmelor mnezice, organizarea de fantasme inconștiente și mai ales punerea în latență care acoperă travaliul memoriei, uneori marcat de refulare, alături marcat de întoarcerea refutului. La rândul ei nevroza copilului se caracterizează prin „proximitatea de istoria sa organizatoare” și actualitatea, dacă nu chiar punerea în act, a relațiilor sale imaginare. Realitatea în care trăiește copilul poate astfel să fie în același timp mai traumatizantă și mai terapeutică decât la adult.

Pentru a rezuma foarte succint aceste poziții, am putea să spunem că la adolescent efectul retroactiv și reelaborarea fantasmatică permit din plin punerea în act a unei organizări nevrotice, atunci când în perioada de latență filigranul

acestei aceleași organizări nevrotice se lasă perceput, înainte de toate, *in statu nascendi* în ponderea inhibiției și care, în sfârșit, în perioada oedipiană, în afară de nevroza infantilă ca model teoretic, manifestările nevrotice grave, intense și ulterior fixate dovedesc mai degrabă o conflictualitate pregenitală. În acest ultim caz termenul de prenevroză (punct de vedere structural: Lang) sau de prepsihoză (punct de vedere evolutiv și dinamic: Diatkine) pare mai îndreptățit.

3.3. — TEORII NON-PSIHANALITICE ALE NEVROZEI

Vom reaminti primele modele experimentale a ceea ce se numește „nevroză” la animal (experimentele lui Pavlov), care se afla pus în fața unei alegeri imposibile: manifestările angoasei, ale stresului fiziologic, până la patologie somatică nu au decât raporturi îndepărtate cu nevroza umană.

Mai aproape de clinică sunt ipotezele teoretice fondate pe conceptele învățării la copil. Pentru Eysenck: „simptomele nevrotice sunt modele de conduite învățate, care, dintr-un motiv sau altul, sunt inadaptate”. Nevroza nu are o realitate în sine dincolo de simptom. Este adevărat, așa după cum am arătat în legătură cu fobiile, anturajul și învățarea care rezultă pot să moduleze în mare parte starea afectivă care însoțește o experiență. Experiența trăită și mediul pot funcționa ca un condiționant operant negativ (Skinner) și antrena astfel copilul, ulterior adultul, într-o obișnuință nevrotică persistent neadaptată.

Totuși, dacă astfel de modele propun o explicație satisfăcătoare a persistenței acestei obișnuințe, până la reîntărirea sa, nu explică originea, cauzalitatea conduitei (Regnault). Eficiența terapiei de decondiționare, atât la copil cât și la adult, arată totuși că un simptom poate prin simpla sa prezență să determine perturbări psihice profunde și îndepărtarea sa poate de asemenea să fie urmată de reamenajări salutare inclusiv în registrul conflictelor inconștiente.

BIBLIOGRAFIE

- AINSWORTH M. D., BLEHAR M. C., WATERS E., WALL S.: Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. *In*: N. J., Hillsdale: Lawrence Erlbaum Ass, 1978.
- BIEDERMAN J., FARAONE S.V., MARRS A., MOORE Ph. et al.: Panic disorder and agoraphobia in consecutively referred children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997, 36, 214-223.
- BIEDERMAN J., ROSENBAUM J.F., HIRSHFELD D.R., FARAONE S.V., BOLDUC E.A.,

GERSTEN M., MEMINGER S.R., KAGAN J., SNIDMAN N., REZNICK J.S.: Psychiatric correlates of behavior inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1990, 47, 21-26.

DENIS P.: La période de latence et son abord thérapeutique. *Psych. Enf.*, 1979, 22, 2, 281-334.

DIATKINE G.: Les obsessions chez l'enfant. *Confront. Psychiatr.*, Specia ed., 1981, 20, 57-90.

FREEDMAN A. M., KAPLAN H.I., SADOCK B.J.: *Comprehensive textbook of Psychiatry II*. 1 Vol. Williams and Wilkins, Baltimore, 1978.

FREUD A.: *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Gallimard, Paris, 1968.

FREUD A.: *L'enfant dans la psychanalyse*. Gallimard, Paris, 1976.

FREUD S.: *Cinq psychanalyses*: Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans, 93-198, PUF, Paris, 1954.

FREUD S.: *Inhibition, Symptome,angoisse*. 2e ed. PUF, Paris, 1968.

GOLSE B.: Psychopathologie de l'angoisse au cours du développement. *Neuropsych. de l'Enf. et de l'Adol.*, 1995, 43, 4-5, 142-152.

JACQUES E.: Le concept Kleinien de névrose infantile. *Psych. Enf.*, 1972, 15, 1, 5-19.

JALENQUES I., LACHAL C., COUDERT A.J.: *L'enfant anxieux*. Coll. Nodule, 1 vol., PUF, Paris, 1991.

JALENQUES I., LACHAL C., COUDERT A.J.: *Les états anxieux de l'enfant*. 1 vol., Masson, Paris, 1992.

JAMES M.: Evolution des concepts de névrose infantile. *Psych. Enf.*, 1972, 15, 1, 21-29.

KHAN M. R.: La névrose infantile: fausse organisation du self. *Psych. Enf.*, 1972, 15, 1, 31-44.

KLEIN M.: *Essais de psychanalyse*. Payot, Paris, 1968.

LEBOVICI S., BRAUNSCHWEIG D.: A propos de la névrose infantile. *Psych. Enf.*, 1967, 10, 1, 43-122.

LEBOVICI S.: A propos de l'hystérie. *Psych. Enf.*, 1974, 17, 1, 5-52.

LEBOVICI S.: L'expérience du psychanalyste chez l'enfant et chez l'adulte devant le modèle de la névrose infantile et de la névrose de transfert. 39^e Congrès des psychanalystes de langue française. PUF, Paris, 1979.

LEBOVICI S.: L'hystérie chez l'enfant et l'adolescent. *Confront. Psychiatr.*, 1985, 25, 99-119.

LUCAS G.: La névrose obsessionnelle chez l'enfant et l'adolescent. *In*: La névrose obsessionnelle. *Rev. Franç. Psychanalyse*. 1 Vol., 31-59. PUF, Paris, 1993.

MARCELLI D.: L'hypocondrie de l'enfant. *Psych. Méd.*, 1981, 13, 5, 771-776.

MARCELLI D., GAL J. M.: Du lien à la pensée: entre l'angoisse de séparation

et l'angoisse de castration chez l'enfant. *Confront. Psychiatr.*, 1995, 8, 36, 175-192.

MARCH J.S., LEONARD H.L.: Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1996, 34, 1265-1273.

MOUREN-SIMEONI M.C., VERA L.: *Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent*. 1 Vol. Maloine, Paris, 1993.

NAGERA H.: *Les troubles de la petite enfance*. Trad. J. Kalmanovitch. PUF, Paris, 1969.

POLLACK M.H., OTTO M.W., SABATINO S., MAJCHER D. et al.: Relationship of childhood anxiety to adult panic disorders: correlates and influence on course. *Am. J. Psychiatry*, 1996, 153, 376-381.

RICHARDS ARNOLD D.: Self theory, conflict theory and the problem of hypocondriasis, *Psychoanal. Study Child*, 1981, 31, 319-338.

ROSENBAUM J.F., BIEDERMAN J., BOLDUC E.A., HIRSHFELD D.R., FARAONE S.V., KAGAN J.: Comorbidity of parental anxiety disorders as risk for childhood onset anxiety in inhibited children. *Am. J. Psychiatry*, 1992, 149, 475-481.

SMIRNOFF V.: *La psychanalyse de l'enfant*, PUF, Paris, 1968.

VALENTIN E.: Les phobies chez l'enfant. *Perspect. Psychiatr.*, 1980, 18, 4, 265-289.

NUMERO SPECIAL:

- Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: Vicissitudes du travail de séparation de l'enfance et de l'adolescence, 1994, 42, 8-9, 345-679.
- Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: figures de l'anxiété, 1995, 43, 4-5, 133-228.
- Journal de psychiatrie de l'enfant: la névrose infantile, 1995, 17, 1-314.
- Confrontations psychiatriques: l'anxiété, 1995, 28, 36, 1-435.

18 EPISODUL DEPRESIV ȘI „BOALA” DEPRESIVĂ” LA COPIL

Mult timp negată în însăși existența sa, depresia copilului a devenit în prezent obiectul a numeroase cercetări dominate printre altele de întrebarea dacă există sau nu la același subiect o continuitate a depresiei din copilărie la vârsta adultă. Dacă posibilitatea apariției unui episod depresiv la copil nu implică nici o îndoială, în schimb statutul de „boală depresivă” și eventualele sale legături cu tulburările distimice sau tulburările bipolare ale adultului rămân să fie clarificate. În același fel, dacă semiologia episodului depresiv este destul de bine definită, aceea a „bolii depresive” continuă să pună numeroase probleme mai ales în ceea ce privește manifestările considerate ca echivalente ale maniei de la adult.

Totuși contrastul rămâne mare între extrema frecvență a referirii teoretice la „poziția depresivă” sau la „elaborarea depresiei”, expresii adesea întâlnite în clinică mai ales în context psihoterapeutic și recunoașterea sau descrierea unei „depresii” la un copil anume. Acest contrast persistă ca o urmă a demersului istoric în cursul căruia se va asista mai întâi la o degajare progresivă a „conceptului depresiv” și a locului său în dezvoltarea copilului înainte chiar ca realitatea clinică a depresiei la copil să fie recunoscută. Vom respecta acest drum istoric abordând punctul de vedere teoretic înainte de clinică și de problemele pe care aceasta le ridică.

1. — „DEPRESIA” ÎN TEORIA DEZVOLTĂRII COPILULUI

1.1. — POZIȚIA DEPRESIVĂ

În 1934, M. Klein scrie *Contribuție la studiul psihogenezei stărilor maniaco-depresive*, care conține în germene ansamblul sistemului său teoretic:

referirea la „poziția depresivă” este aici clar explicitată. Ca urmare, această poziție depresivă va fi, conform M. Klein și continuatorii ei, un loc-cheie în evoluția psihogenetică a copilului. Fără a reveni aici asupra studiului dezvoltării normale (v. cap. I, 4.1.), este important să-i rezumăm axele principale. Poziția depresivă pe care M. Klein o situează în jurul celui de-al doilea semestru, apoi în cel de-al doilea an, corespunde stadiului percepției obiectului total. Până atunci copilul este protejat de suferința depresivă datorită mecanismelor de clivaj, de proiecție și introiecție: obiectele rele (sânul rău, mama rea, partea rea din sine) sunt separate de cele bune și proiectate spre spațiul înconjurător, în timp ce celea bune sunt încorporate în sinele bebelușului. Pulsunile agresive și pulsunile libidinale sunt astfel net separate, la fel ca și obiectele de investire. Este vorba de faza schizoparanoidă. Numeroase mecanisme complementare au ca scop asigurarea eficacității și menținerea acestui clivaj (negare, idealizare sau devalorizare a obiectului, controlul omnipotent etc.). Totuși, maturizarea progresivă constrânge copilul puțin câte puțin să perceapă globalitatea obiectului: sânul rău și sânul bun, mama rea și mama bună, sunt în realitate un singur și unic obiect, de unde rezultă suferința, neliniștea și în final „depresia” micului copil din cauza tendințelor agresive de care el dă dovadă față de aceste „obiecte bune” ale sale și a fricii concomitente de a le pierde. Copilul se poate apăra de această suferință care rezultă din ambivalența sa, accentuând în mod patologic clivajul și negând, cu ajutorul tuturor mecanismelor declanșate, mai ales cele din seria maniacală, dependența sa sau teama de obiectele rele. În eventualitatea pozitivă, aceea a dezvoltării normale, copilul face față suferinței și datorită procesului de reparație (ale cărui manifestări clinice se leagă direct de deplasare și de sublimare) tinde să restaureze, apoi să păstreze obiectul bun de atacurile sale sadice.

Ulterior, M. Klein va formula câteva detalii teoretice complementare reluând comparația deja avansată de Freud și Abraham între procesul de doliu și starea de melancolie, dar fără să aducă modificări fundamentale.

1.2. — STADIUL DE NELINIȘTE, MOMENTE DEPRESIVE

Cu toate că mulți autori nu recunosc, precum M. Klein, precocitatea dualismului pulsional și a primilor precursori de Supraeu și Eu, toți sunt de acord asupra importanței acestei faze chiar dacă termenul de „depresiv” nu pare întotdeauna adecvat. De fapt, utilizarea unei terminologii împrumutate inițial din psihopatologia adultului pentru a descrie un stadiu normal de dezvoltare genetică a copilului a frapat pe mai mulți autori. Criticile lui Winnicott (1954) își păstrează întreaga actualitate: acest autor preferă termenul de *neliniște* sau de *compasiune*

pentru a defini momentul în care copilul percepe caracterul nemilos al conduitei sale anterioare față de mama sa.

Prea stricta delimitare în timp (în cursul celui de-al doilea semestru) suscită de asemenea controverse. Printre acestea, o vom cita pe aceea a lui M. Mahler pentru care poziția depresivă s-ar situa cu mult după al doilea semestru, între lunile 16 și 24, în momentul în care copilul ia cunoștință de separarea sa, de individualizarea sa și de pierderea omnipotenței. În această perioadă mama pierde astfel în ochii copilului capacitatea de protecție și de atotputernicie: momentul depresiv corespunde acestei duble mișcări de relativă decepție față de obiectul matern și de percepție mai bună a individualității sale, dar în același timp și a slăbiciunii sale.

1.3. — SEPARARE ȘI DEPRESIE

Susținându-și elaborările teoretice pe constatări clinice mai mult decât pe o reconstrucție metapsihologică, Spitz și apoi Bowlby descriu o reacție particulară a copilului. În raport cu lucrările precedente, această reacție diferă în sensul că este înainte de orice consecutivă unui eveniment extern și nu rezultă dintr-o dezvoltare maturativă care domină conflictul fantasmatic. Spitz relatează astfel comportamentul sugariilor de la 6 la 18 luni, plasați într-un mediu nefavorabil, după o separare maternă brutală: se observă mai întâi o perioadă de plâns, apoi o stare de retragere și indiferență, în același timp cu apariția unei regresii în dezvoltare și/sau numeroase simptome somatice; ansamblul conduce la o stare de mizerie apropiată de marasm. Spitz numește această reacție „depresie anacritică”, pentru că un copil normal se sprijină pe mama lui pentru a se dezvolta, sprijin care îi lipsește dintr-o dată în depresia anacritică. Ulterior se va descrie sub termenul de hospitalism și apoi de hospitalism intrafamiliar același tip de reacție în situația carențelor afective (v. cap. 22, 1.).

Bowlby se oprește de asemenea asupra reacțiilor copilului la separarea de mamă. Menționează că vârsta cea mai sensibilă se situează între 5 luni și 3 ani, când, ca urmare a unei separări, se observă următoarea secvență comportamentală:

- o fază de protest la separare: copilul plânge, se agită, încearcă să-și urmărească părinții, îi strigă (mai ales la culcare). Este de neconsolat, apoi, după 2-3 zile, manifestările zgomotoase se atenuează;
- urmează apoi o fază de disperare: copilul refuză să mănânce, să fie îmbrăcat, rămâne închis, inactiv, nu cere nimic de la cei din jur. Pare să fie într-o stare de doliu;
- în sfârșit, o fază de detașare: nu mai refuză prezența asistentelor, acceptă

îngrijirile lor, hrana, jucăriile. Dacă în acel moment copilul își revede mama, poate să nu o recunoască sau să se retragă de la ea. Mai frecvent țipă sau plânge.

Într-o perspectivă etologică, Bowlby compară această reacție cu aceea observată în cursul experiențelor de separare la anumite primare. Acesta constituie punctul de plecare pentru teoria sa asupra atașamentului, care a fost pe scurt studiată în prima parte (v. cap. 1, 2.). Esențialul aici este de a observa că a doua fază, aceea de disperare, pare cea mai apropiată de ceea ce se observă la animal și de manifestările depresive de la adult. Totuși, după opinia lui Bowlby, nu trebuie să confundăm separarea cu depresia: angosta declanșată de separare, procesele de luptă împotriva acestei angoste (cum sunt furia, agitația, protestul) și depresia însăși, nu trebuie să fie considerate ca strict echivalente.

1.4. — SUFERINȚĂ ȘI DEPRESIE

Această distincție, la fel ca și necesara distincție dintre o stare de suferință clinică și referința la poziția depresivă ca stadiu maturativ normal, au fost reluate în lucrările lui Sandler și Joffe. Pentru aceștia, răspunsul depresiv este o reacție afectivă de bază: ea reprezintă unul dintre răspunsurile posibile la o stare de suferință. Dar nu trebuie să fie confundată cu suferința și nu este singurul răspuns posibil. De fapt, în fața unei stări de suferință copilul poate utiliza mecanisme de respingere, de evitare, de retragere, de furie sau chiar de mânie extremă care sunt diferite de reacția depresivă. Această suferință poate de asemenea să fie un factor de anulare a procesului de individualizare. Reacția depresivă este pentru autori... „ultima reacție pentru a evita neputința în fața suferinței fizice și psihologice”. Ea traduce pierderea unei stări de bine anterioare în care este inclusă relația cu obiectul satisfăcător. Pierderea obiectului provoacă o pierdere concomitentă a acestei stări de bine și, în mod secundar, o stare de suferință. Reacția depresivă, situată chiar înainte de stadiul resemnării neputincioase, este intim legată de dezvoltarea agresivității nedescărcate. De fapt, starea de suferință suscită o furie intensă, iar când aceasta nu poate fi descărcată, crește sentimentul de neputință și apoi reacția depresivă. Este bine să distingem deci această reacție depresivă de alte tipuri de reacții cum ar fi pasivitatea sau regresia în fața suferinței.

Aceste precizări și delimitări succesive între suferință, stare depresivă, pierdere de obiect, sunt necesare pentru a evita ca „poziția depresivă” și „depresia clinică” să devină referințe explicative permanente și în consecință fără valoare. De fapt, într-o primă perioadă autorii au căutat la copil o semiologie depresivă apropiată de cea a adultului și, negăsind-o, au negat existența depresiei, iar într-o a doua fază, noțiunile de depresie mascată, de echivalent depresiv, referirea la stadii evolutive genetice au condus la o extensie, poate excesivă, a unui asemenea

diagnostic. În paragraful următor vom regăsi această problemă în legătură cu semiologia depresivă a copilului.

Totuși, această trecere în revistă teoretică rapidă permite sublinierea a două puncte fundamentale în procesele depresive:

- importanța pulsionilor agresive cu posibilitatea elaborării lor și/sau exprimării lor de către subiect;
- importanța pierderii sau separării în trecutul copilului depresiv.

2. — STUDIU CLINIC

Semiologia depresiei a fost obiectul a numeroase dezbateri centrate asupra a două probleme:

- Este această semiologie specifică copilului?
- Este exprimarea depresiei stabilă la diferite vârste (atât la subiecți diferiți cât și la același subiect)?

Clasificările diagnostice internaționale (CIM-10) și americane (DSM-IV) adoptă acest ultim punct de vedere chiar dacă și ele prezintă unele particularități. Clasificarea franceză (CFTMEA) reține ideea unei specificități. În realitate pare să existe un relativ consens asupra semiologiei episodului depresiv propriu-zis în timp ce problemele rămân numeroase în legătură cu semiologia „bolii depresive”, a „bolii distimice” și a *fortiori* a „bolii bipolare”. Altfel formulată, această opoziție conduce la interogații asupra locului pe care îl ocupă o eventuală stare depresivă durabilă în cursul dezvoltării și maturizării unui copil și asupra strategiilor de luptă împotriva acestei depresii dincolo de mecanismele de apărare. Dintr-o asemenea perspectivă, din punct de vedere strict descriptiv, s-a putut asista la multiplicarea și la acumularea de simptome ca posibile dovezi ale unei boli depresive: aproape toată semiologia copilului a putut astfel, printr-un autor sau altul, să fie asociată depresiei.

Numeroși sunt autorii care au propus „liste” de simptome (Weinberg, 1973; Dugas și Mouren, 1982; Achenback, 1987; Angold, 1988; Papazian, 1982).

Ca exemplu reamintim cele zece simptome decelate de Weinberg:

- dispoziție disforică;
- autodeprecieri;
- comportament agresiv (agitație);
- tulburări de somn;
- modificări ale performanțelor școlare;
- diminuarea socializării;
- modificarea atitudinii față de școală;

- acuze somatice;
- pierderea energiei obișnuite;
- modificarea neobișnuită a apetitului și/sau pierdere în greutate.

Pe drept cuvânt această grupare de simptome pare destul de heterogenă. Totuși realitatea clinică arată pertinenta anumitor grupări sindromologice în special privind descrierile Episodului Depresiv Major, așa cum îl izolează DSM-III-R sau IV. O „traducere” a acestei semiologii în limbajul copilului, modul său specific de expresie sau percepțiile părinților și ale clinicianului apar totuși necesare, astfel încât concepte abstracte cum ar fi „pierderea stimei de sine”, „anhedonie”, „autodeprecieri”, să capete un veritabil sens clinic. Din această perspectivă noi vom descrie mai întâi semiologia episodului depresiv la un copil de vârstă medie (5/6 ani până la 11/12 ani), apoi vom aborda problema „boli depressive” înainte de a studia evoluția semiologică în funcție de vârstă.

2.1. — EPISODUL DEPRESIV LA COPIL

Survenind de obicei în decursul unui eveniment care are valoare de pierdere sau de doliu (separarea părinților, decesul unui bunici, al unui frate sau al unui părinte), eveniment care uneori în ochii adulților poate să apară mai anodin (mutare a locuinței, moartea unui animal domestic al familiei, plecarea unui prieten...), acest episod depresiv survine progresiv, dar comportamentul copilului apare net modificat în raport cu situația anterioară.

În mod sigur lentoarea psihomotorie și inhibiția motorie marcate de o anume înecetăleală pot conduce aproape la imaginea „unui mic bătrân”, cu figură puțin expresivă, puțin mobil și puțin surâzător. Uneori copilul este descris ca fiind cuminte și chiar „prea cuminte”, aproape indiferent, supus la tot ceea ce i se propune. Dar cel mai frecvent se constată o anume agitație, mai ales când i se cer copilului anumite sarcini sau momente de atenție: „nu poate sta locului”, „se mișcă tot timpul”, „este ca argintul viu”, „se enervează din nimic”, spun părinții. Aceste momente de agitație sunt frecvent întrerupte de momente de inerție: copilul instalat pe canapea în fața televizorului, dar părând „absent”, aproape indiferent. Instabilitatea ia adesea forma furiei: „nu poți să-i spui nimic”, „este supărațios, furios, nervos, în opoziție, refuză totul”, „zice întotdeauna nu”, „nu este niciodată de acord”. Dacă lipsa de interes se traduce adesea prin întreruperea activităților ludice sau culturale („nu-l interesează nimic”, „nu poți niciodată să-i faci plăcere”), aceasta este uneori direct exprimată: „mă plictisesc”, „sunt sătul până-n gât”. Pierderea stimei de sine se traduce prin formulări ca: „sunt nul”, „nu sunt bun de nimic”, cvasi sistematice.

Devalorizarea se exprimă adesea prin expresia imediată a îndoielii în fața unei

întrebări, a unei cereri (desen, joc): „nu știu”, „nu reușesc”, „nu pot”. O mențiune specială trebuie făcută în legătură cu expresia „părinții mei nu mă plac” și într-un grad mai mic „nu sunt plăcut”, „colegii nu mă plac”, toate fiind expresii care traduc sentimentul de pierdere a iubirii și care în general maschează un sentiment de devalorizare și culpabilitate. Exprimarea conștientă a sentimentului de culpabilitate ia cu ușurință forme ca „sunt rău”, „nu sunt draguț cu părinții mei”, dar poate de asemenea să se exprime direct prin „este greșeala mea”.

Dificultatea de a gândi, de a fi atent la lucru și de a se concentra antrenează adesea o fugă, o evitare sau un refuz al activității școlare numite cu ușurință „lene” de către părinți, dar mai ales de către copilul însuși, și conducând la eșec școlar. În unele cazuri copilul, dimpotrivă, petrece ore în șir în fiecare seară cu cărțile și caietele, dar este incapabil să învețe și mai ales să memorizeze.

Se pot observa tulburări de apetit, mai frecvent comportament anorectic în mica copilărie (putând uneori să determine scăderi ponderale) și comportament de bulimie sau de ronțait la copilul mare sau la preadolescent. Somnul este dificil, găsind adesea motive de a se opune culcării, de refuz care amplifică conflictul cu părinții, pot să suscite măsuri punitive și accentuează iritabilitatea unora sau a celorlalți. Coșmarurile fac parte din componenta anxioasă la fel ca și fricile frecvente, mai ales cele de accidentarea părinților. Durerile de burtă și de cap destul de frecvente sunt la granița dintre problematica anxioasă și cea depresivă.

Nu este rar ca ideile de moarte sau de suicid să fie exprimate printr-o scrisoare adresată părinților în care copilul declară „că nu este iubit și că va muri sau se va omorî”. Această scrisoare sau declarație este adesea motivul care conduce la consultație.

Când copilul deprimat este singur cu cel care îl consultă, repetă cu ușurință în special în fața foii albe „nu știu”, „nu reușesc”, „nu pot”. Schița unui desen se însoțește adesea de comentarii negative: „este greșit”, „nu este bine”, „nu este frumos”. Se observă o sensibilitate exagerată la imperfecțiuni sau la obiecte stricate când folosește jucăriile: „este stricat”...

Este de la sine înțeles că tematica eșecului, a incapacității de a realiza desenul, sarcina, a jocului, este în prim plan.

Aceste constatări la copilul singur întăresc datele din interviul cu părinții și acest lucru confirmă probabilitatea diagnostică.

În mod evident fiecare din aceste semne luat izolat nu este în mod necesar semnificativ pentru episodul depresiv, dar asocierea lor (cinci până la șase din aceste simptome), constanța lor în timp și modificarea comportamentală netă pe care ele o induc sunt foarte caracteristice. Nu este neobișnuit ca acest ansamblu simptomatic tipic să fie complet ignorat (sau negat?) de părinții înșiși iar copilul să rămână astfel semestre întregi în această stare de suferință depresivă.

Această necunoaștere este gravă deoarece, pe lângă suferința persistentă a copilului, simptomele pot să determine o dezadaptare progresivă în special școlară, confirmând într-un al doilea timp devalorizarea copilului („sunt nul”, „nu sunt bun de nimic”, „nu reușesc”) și accentuând adesea neînțelegerea dintre părinte și copil. În plus aceste simptome se complică adesea cu manifestări supraadăugate cum ar fi manifestările anxioase, tulburările de comportament exacerbate, conduite de alură opozițională sau delinventă (fugă, furt...). Aceste manifestări pot puțin câte puțin să instaleze copilul în „boala depresivă” care adesea apare ca o reamenajare sub formă de refuz al depresiei.

2.2. — „BOALA DEPRESIVĂ”: EXPRESIA UNEI SUFERINTE DEPRESIVE SAU APĂRARE ÎMPOTRIVA POZIȚIEI DEPRESIVE (REFUZUL DEPRESIEI?)

Pe lângă episodul depresiv, unii copii prezintă o simptomatologie fie mai săracă, fie mai vagă dar mai ales mai durabilă în măsura în care aceasta este adesea ignorată sau negată, în primul rând de către părinți. Manifestările de agitație, de instabilitate, de iritabilitate riscă să ia puțin câte puțin avans conducând la tablouri cu alură caracterială (v. cap. 20, 3.) sau comportamentală. Acest lucru explică foarte frecvent „comorbiditate” așa cum a fost descrisă în literatura anglo-saxonă. Astfel Angold A. și Castello E. (1993) fac o meta-analiză a publicațiilor epidemiologice în legătură cu depresia la copil și cu frecvența comorbidității: aceasta merge de la 21 la 83% pentru tulburările de conduită și opoziționism, de la 30 la 75% pentru tulburările de deficit de atenție. Autorii concluzionează totuși articolul lor prin remarcă: „mecanismele prin care apare comorbiditatea rămân, până în prezent, obscure”!

Principală „complicație” a depresiei durabile constă în problemele școlare. Eșecul școlar și, în măsură mai mică, dezinteresul și dezinvestirea școlară sunt foarte frecvente: o lungă serie de eșecuri care contrastează în raport cu un bun nivel de eficiență sau, și mai caracteristic, scăderea brutală a randamentului școlar. Conduitele fobice, în special fobia școlară (v. cap. 23, 2.3.) pot traduce teama de a se îndepărta de căminul familial sau de abandon și pot ascunde o stare depresivă.

La nivelul corpului sau al aspectului fizic, se observă uneori o atitudine permanentă de neglijență, un aspect năngrijit, ca și cum copilul ar fi incapabil să-și investească pozitiv corpul și aspectul său. Cam așa sunt și copiii care își pierd neîncetat obiectele personale (haine, chei, jucării).

La extremă anumite comportamente apar ca dovezi directe ale unui sentiment de culpabilitate sau ale unei nevoi de pedeapsă a căror legătură cel puțin temporală cu episodul depresiv este evidentă: râniri repetate, atitudini periculoase, pedepse nefectate la școală etc. Apariția sau reapariția conduitei direct autoagresive este de asemenea posibilă.

În sfârșit vom cita, fără să dezvoltăm, tentativele de suicid ale copilului și mai ales ale adolescentului, subliniind totuși că nu trebuie să se stabilească o echivalență prea directă între depresie și tentativa de suicid (v. cap. 12, 3.2.).

În plus, anumite simptome pot fi analizate ca o apărare împotriva „poziției depresive”. Acestea sunt de natură foarte diversă. În realitate este fie evaluarea psihopatologică din timpul intervuiului sau datorită testelor proiective, fie reconstrucția genetică care permite legarea de „nucleul depresiv”. Atitudinea de înțelegere empatică ia aici avans față de descrierea semiologică. Trebuie totuși să subliniem riscul abuzului de limbaj care poate să rezulte de aici. Anumite conduite par să se înscrie direct în registrul a ceea ce M. Klein numește apărări maniaceale cum ar fi pentru a nega tot afectul depresiv sau pentru a-l face să triumfe. Se poate cita aici turbulența extremă care poate deveni o veritabilă instabilitate, fie motorie, fie psihică, cu logoree, evocând direct fuga de idei maniacială. Aceste stări pun problema existenței bolii bipolare la copil (v. cap. 18, 5.). Alte conduite apar ca și conduite de protest sau de revendicare față de starea de suferință. Cităm astfel:

- conduitele de opoziție, de supărare, coleroase sau chiar de furie;
- manifestările agresive (crize clasice, violență față de alți copii) și chiar autoagresive;
- tulburările de comportament, furturi, fugi, conduite delincvente, conduite toxicomane (v. cap. 10).

În sfârșit anumite simptome au fost considerate ca „echivalente depresive”, prin analogie cu clinica adultului. Cităm aici:

- enurezisul;
- eczema, astmul;
- obezitatea, anorexia izolată.

În realitate toate conduitele patologice ale copilului au putut fi astfel atribuite unei „depresii”. Se pare totuși că autorii care utilizează acest concept de echivalent depresiv leagă printr-o explicație etiopatologică adesea sumară un eveniment anterior presupus traumatic și factor de depresie (mai ales situațiile de pierdere) cu conduita observată. Lucrările recente (v. Sandler și Joffe) se situează împotriva acestei extensii abuzive, insistând asupra necesității distincției dintre pierdere de obiect, stare de suferință și reacție depresivă.

2.3. — DEPRESIA ÎN FUNCȚIE DE VÂRSTĂ

Extrema variabilitate a simptomatologiei depresive în funcție de vârstă impune o scurtă descriere, după stadiile maturative, fără a relua totuși în detaliu aceste conduite.

Depresia bebelușului și a copilului foarte mic (până la 24-30 de luni). — Simptomatologia cea mai manifestă a fost descrisă de Spitz care a observat o perioadă de plâns, apoi o stare de retragere și indiferență mergând până la „depresie anacritică” în cazul carenței afective grave. Bowlby, pe de altă parte, descrie o fază de disperare care succede fazei de protest (v. prima parte). Aceste reacții de profundă disperare consecutive pierderii obiectului privilegiat de atașament au devenit mai rare datorită cunoașterii mai bune a acestora și unei mai mari sensibilități la nevoile nu numai igienico-dietetice ale bebelușului, dar și afective. Totuși, aceste tablouri se întâlnesc încă în condițiile de carență gravă familială (de unde și numele de hospitalism intrafamiliar) sau de haos educativ (schimbare de imagine maternă, de condiții de viață...). În asemenea condiții, se observă încă veritabile „depresii anacritice”: bebeluși sau copii mici apatici, abătută, cu privire ștearsă, izolați, în aparență indiferenți la anturaj, retrași. Se observă absența manifestărilor de la trezire sau jocurile proprii acestei vârste: absența gănguritului, absența jocului cu mâinile sau cu jucăriile, absența curiozității exploratorii... Există din contră frecvente autostimulări: balansări în poziție genupectorală, ritmii solitare nocturne sau la adormire, dar mai ales diurne, scânceli. Marile achiziții psihomotorii sunt întârziate: retard al apariției poziției așezate, apoi al mersului, apoi al curățeniei, care toate se fac în general la limita superioară a perioadei normale. Adesea copiii încep să meargă spre 20 de luni. Expriarea fonematică, apoi prin limbaj, este totdeauna profund perturbată și întârziată: retardul limbajului va deveni apoi cvasi-constant. Evoluția pe termen lung pare să fie marcată de o atenuare progresivă a acestei simptomatologii, chiar dacă este foarte manifestă. Dar, pe termen lung, ansamblul personalității se organizează în jurul carenței inițiale cu profunde perturbări în structurarea narcisismului, ceea ce îi conduce pe unii autori (Lustin, Mazet) să vorbească despre „organizare anacritică”. Riscul evolutiv major este instalarea în linia deficitară, fie că retardul este global, fie mai ales electiv. Dizarmonia frecventă a retardului, condițiile socio-economice proaste, mediul afectiv defavorabil, trebuie să incite la a merge dincolo de simplul diagnostic de debilitate mentală.

Mai frecvente sunt reacțiile depresive care corespund fie lipsurilor afective parțiale (absențe scurte dar repetate, imagini materne multiple, mamă ea însăși depresivă), fie inadecvării în interacțiunea mamă-copil. Reacția de retragere a

bebelușului este atunci foarte caracteristică. În plus cu cât copilul este mai mic, cu atât simptomatologia se înscrie în conduitele psihosomatice: anorexia și tulburările de somn sunt de departe cele mai frecvente. Se pot cita de asemenea episoadele diareice, afecțiunile dermatologice (eczemă, pelade), afecțiunile respiratorii (astm).

În ceea ce ne privește, noi preferăm termenul de abandonism, hospitalism, carență totală sau parțială (v. descrierile cap. 22, 1.) pentru a descrie aceste diverse stări de deprivare la copilul mic și la sugar. Recurgerea la termenii ca „depresie”, „depresie anacritică”, riscă să creeze confuzii cu „travaliul depresiv” legat printre altele de culpabilitate. Rămâne „reacția de retragere” care este, poate, nucleul răspunsului depresiv în sensul lui D. Widlöcher (1983) dar care se observă mai degrabă în cazurile de interacțiuni inadecvate de tip mamă deprimată-bebeluș (v. cap. 22, 2.2.).

Depresia copilului mic (3 ani până la 5-6 ani). — La această vârstă, manifestările simptomatice ale depresiei sunt deosebit de variate. Dacă simptomele direct legate de depresie pot să se observe în cursul unei separări sau a unei pierderi brutale (v. 1.3.), cel mai frecvent este vorba despre conduita de luptă împotriva afecțelor depresive. Perturbările comportamentale sunt adesea în primul plan: izolare sau retragere, uneori calm excesiv, dar cel mai frecvent se observă o agitație, o instabilitate importantă, conduite agresive auto- sau mai ales heteroagresive, autostimulări prelungite, în special conduite masturbatorii cronice și compulsionale. Se observă de asemenea un aspect frecvent haotic al stării afective: cerere afectivă intensă alternând cu atitudini de prestanță, de refuz relațional, de furie și violență la cel mai mic refuz; există uneori oscilații ale dispoziției cu alternanța stărilor de agitație euforică cu cele de plâns silențios.

Achizițiile sociale obișnuite acestei vârste sunt în general afectate: fără jocuri cu alți copii, fără autonomizare în conduitele vieții cotidiane (toaletă, îmbrăcat). Perturbările somatice sunt frecvente: dificultăți ale somnului cu treziri nocturne frecvente, coșmaruri, somnolență diurnă, tulburări de apetit uneori cu oscilații între refuz alimentar și faze bulimice, enurezis, dar uneori și encoprezis intermitent. Cu adultul, poate să existe o sensibilitate extremă la separări, o cerere relațională atât de intensă încât toată activitatea autonomă este imposibilă, copilul căutând fără încetare „să-i facă pe plac” adultului: în aceste condiții dusul la grădiniță este în general dificil sau imposibil deoarece inserția în grupul de copii nu este suportată, copilul având nevoie de o relație în doi. „Prostitle” sunt frecvente, copilul căutând în mod manifest pedeapsa adultului ca sancțiune pentru o culpabilitate imaginară întotdeauna vie.

Evoluția în absența tratamentului și/sau a corectării factorului declanșant riscă să se facă în sensul unei agravări a tulburărilor de comportament și a eșecurilor în socializare.

Depresia adolescentului. — Foarte frecventă și strâns legată de remanierile psihoafective proprii acestei vârste, depresia adolescentului este studiată în compendul *Adolescență și psihopatologie* (capitolul 8).

2.4. — DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

„Depresia” la copil este mai frecvent subevaluată decât diagnosticată în exces. Este vorba mai întâi de a integra această eventualitate diagnostică în ipotezele „sindromologice” ale clinicianului. Diagnosticul de depresie, a *fortiori* de episod depresiv, nu anticipează organizarea structurală subiacentă (v. IV-C).

Totuși la copilul mic (înainte de 5-6 ani) trebuie evocat un diagnostic diferențial: existența durerii, mai ales a unei dureri cronice. Tabloul clinic al copilului care are o durere (v. cap. 25, I.1.) prezintă numeroase puncte comune cu cel al depresiei. În plus durerea cronică și reacția depresivă se pot asocia la același copil. Este deci necesar să luăm în considerare o asemenea eventualitate mai ales dacă situația clinică a copilului este evocatoare pentru un asemenea context.

Dacă se identifică o stare dureroasă, tratamentul prealabil al acesteia se impune.

3. — FRECVENȚĂ ȘI EVOLUȚIE

3.1. — STUDII EPIDEMIOLOGICE

Anchetele epidemiologice s-au înmulțit în ultima vreme pentru a evalua frecvența depresiei la copil. Toate aceste anchete utilizează fie interviuri standardizate (înscriindu-se într-o perspectivă categorială: DISC și DISC-R, DICA, KSADS...), fie scale de evaluare (constituite într-o perspectivă dimensională care cuantifică și da scoruri: CDI, CES-DC, DSRs etc.) (v. scale și interviuri standardizate, p. 89) sau se referă la criterii de clasificare, mai ales la DSM-IV. Bineînțeles frecvența depresiei la copil în populația generală (prevalență) depinde de definiție și de instrumentul de evaluare utilizat.

Astfel, în ancheta lor din Ontario, Flemming și colab. (1989) evaluează la copilul de la 6 la 11 ani incidența respectiv la 0,6% cu o înaltă certitudine (scor ridicat la scale și interviuri), 2,7% cu o certitudine medie și 17% cu o certitudine diagnostică slabă.

Totuși studiile cele mai recente care utilizează criterii riguroase evaluează

toate această prevalență (Episodul Depresiv Major) între 0,5 și 2-3% din populație (Flemming și Offord, 1990; Guillaud-Bataille și Cialdella, 1993; Fombonne, 1994; Valla, 1994). Atunci când copilul însuși este cel care furnizează informațiile, această prevalență este ușor superioară celei care se observă atunci când părinții dau informațiile.

În populația clinică (copii consultați, spitalizați) frecvența este mai ridicată putând să atingă 20-25% din populație, adesea mai mare pentru băieți decât pentru fete (Kolvin și colab., 1991: băieți 39%, fete 18%; copii de 9-12 ani).

Prevalența în populația generală este deci sensibil inferioară celei care se observă la adolescent (prevalența depresivă de la 3 la 7% pentru episodul depresiv major, în cea mai mare parte dintre anchete).

Totuși Manzano și colab. (1992) arată că interviurile standardizate care utilizează criteriile DSM-III-R la fel ca și scalele de evaluare (CDRS-R a lui Poznanski) ignoră un număr deloc neglijabil de stări depresive reperate la copil de către clinicieni experimentați în cursul interviurilor clinice semi-structurate.

3.2. — EVOLUȚIA ÎN ADOLESCENȚĂ ȘI LA VÂRSTA ADULTĂ

Datele epidemiologice acumulate arată un risc evolutiv deloc neglijabil. Semnalăm mai întâi riscul suicidar: acest risc ar fi de unsprezece ori mai ridicat la copiii care prezintă o tulburare depresivă față de copiii care au un alt tip de tulburare mintală (Kovacs și colab., 1993), cum sunt tulburările de conduită, consumul toxicomanic de substanțe (Spirito și colab., 1969). Acest risc apare în general în preadolescență (11-13 ani) și mai ales în adolescență.

Riscul depresiv în adolescență și la vârsta adultă este mai dificil de evaluat. Rarele studii catamnestice pe perioade îndelungate au descris evoluția câtorva cazuri. Penot (1973), la 17 copii de la 5 la 11 ani, a arătat nu numai diversitatea structurilor psihopatologice subiacente stării depresive ci și, în cazul persistenței acestei stări, „tendința remarcabil de constantă de a se structura pe model caracterial sau psihopatic”. Aceste constatări clinice vechi deja sunt totuși întărite de anchetele epidemiologice actuale care arată frecvența comorbiditate asociată sau care apare (v. mai sus) treptat. Chess și colab. (1983) au urmărit de asemenea timp de 18-22 ani șase subiecți care prezentaseră un episod depresiv în copilărie. În cazurile observate continuitatea dintre tulburarea din copilărie și tulburarea depresivă din adolescență este evidentă mai ales pentru doi dintre ei, care prezentaseră în copilărie episoade depresive majore repetate.

Anchetele epidemiologice cele mai recente nu sunt întotdeauna ușor de interpretat în măsura în care evoluția depresiei la copil este adesea confundată cu depresia la adolescent. Dacă corelația dintre tulburările depresive ale

adolescentului și cele ale adultului pare destul de puternică (Kovacs 1984, Kandel 1986, Garber 1988, Marcelli 1995) corelația pare însă mai discutabilă atunci când este luat în considerare doar copilul prepuber. Astfel studiul lui Harrington și colab. (1990) furnizează date interesante asupra continuității depresiei la vârsta adultă. Dacă la modul general depresia copilului și adolescentului cresc riscul depresiei la vârsta adultă, corelația dintre episodul depresiv major la vârsta adultă și antecedentele depresive în copilărie este mult mai puternică atunci când episodul depresiv a apărut după pubertate. Doar un copil prepuber din cinci va prezenta la vârsta adultă un episod depresiv major (proporția: 20%) în timp ce după pubertate opt tineri postpuberi deprimați din treisprezece vor face un episod depresiv major la vârsta adultă (proporția: 60%).

Același autor (Harrington și col., 1991) analizează urmărirea timp de 18 ani a unei cohorte de copii și adolescenți deprimați (63 de cazuri) comparativ cu un grup martor apariat (68 de cazuri). 21% au prezentat „tulburări de comportament” asociate cu sindromul depresiv. Copiii „deprimați cu tulburări de comportament” au avut o evoluție la vârsta adultă marcată de un risc crescut pentru conduite antisociale și delincvente și un risc mai slab de evoluție depresivă. În schimb, grupul de copii „deprimați fără tulburări de conduită” a prezentat un risc ușor mai crescut de evoluție depresivă la vârsta adultă.

Totuși în acest ultim studiu este mai dificil de distins cazurile de copii prepuberi de cele de adolescenți.

În concluzie continuitatea unei suferințe psihice apare evidentă de la copilul deprimat până la adult, în timp ce continuitatea depresivă propriu-zisă rămâne să fie afirmată de studii mai riguroase.

4. — CONTEXT ETIOPATOLOGIC ȘI ABORDARE PSIHPATOLOGICĂ

Ni se pare preferabil să vorbim aici despre un context favorizant mai degrabă decât să evocăm o etiologie precisă. De fapt, riscul, deja semnalat, este de a lega într-o cauzalitate lineară evenimentele observate și conduitele copilului. Această atitudine conduce de exemplu la a boteza „depresie” toate manifestările secundare unei pierderi, simptomatologia clinică și cauza presupusă formând un fel de explicație globalizantă, reducționistă... și uneori falsă.

Totuși anumite contexte, anumite circumstanțe traumatice se regăsesc cu mare frecvență în antecedentele copiilor care prezintă semiologia descrisă mai sus. Printre acești factori izolăm situația de pierdere, apoi contextul familial.

4.1. — EXISTENȚA PIERDERII SAU A SEPARĂRII

Este foarte frecventă dacă nu chiar constantă în istoria copiilor depresivi sau deprimați. Pierderea poate să fie reală și să aibă efecte durabile: decesul unuia sau ambilor părinți, al unui frate, al unui adult apropiat copilului (bunic, doică...), separare brutală și completă fie prin dispariția unei persoane apropiate (separare parentală, plecarea unui frate...), fie prin îndepărtarea copilului însuși (spitalizare, plasare la doică sau instituțională nepregătită...).

Evenimentul apare mai traumatic atunci când copilul are o vârstă critică (6 luni până la 4-5 ani) și nu persistă nici un reper permanent (schimbare de cadru, dispariție din familie).

Separarea poate să fie temporară (boală, spitalizare scurtă, absență momentană a unuia dintre părinți), dar să suscite o angoasă de abandon care să persiste mult timp după reîntoarcerea la situația normală. Uneori este pur fantasmatică: sentimentul de a nu mai fi iubit, de a fi pierdut posibilitatea de contact cu o persoană apropiată. Pierderea poate să fie doar „interactivă”: părinte care nu mai este disponibil în plan psihic, acaparat de un conflict conjugal sau de un doliu de exemplu. Semnalăm că pentru copil, mai ales dacă este mic, pierderea unei persoane apropiate în special membru al familiei se dublează adesea prin „pierdere interactivă” a părintelui sau părinților care sunt ei înșiși prinși în travaliul de doliu sau într-o adevărată stare depresivă. Acești factori trebuie să fie apropiați de contextul familial care este descris în mod obișnuit.

Totuși pierderea este uneori aparent mai banală, cel puțin pentru adult. Semnalăm astfel moartea unui animal de casă (mai ales animalul care a fost prezent în casă de la nașterea copilului), o mutare a locuinței, pierderea sau plecarea unui prieten.

4.2. — MEDIUL FAMILIAL

Din ansamblul studiilor asupra mediului familial, mai multe elemente reies în mod regulat (Poznanski și Zrull, Penot, Agraas etc):

- *frecvența antecedentelor de depresie la părinți, mai ales la mamă*. Două mecanisme au fost incriminate pentru a explica această frecvență:
- un mecanism de identificare cu părintele deprimat;
- un sentiment că mama este în același timp inaccesibilă și indisponibilă și că totodată copilul însuși este incapabil să o consoleze, să o gratifice sau să o satisfacă. Copilul este deci confruntat cu o dublă mișcare de frustrare și de

culpabilitate. Este de înțeles că într-o asemenea situație agresivitatea nu poate să-și găsească o țință externă de exprimare;

- *frecvența carenței parentale, mai ales materne*: contact mediocru părinte-copil, stimulare afectivă redusă sau absentă, verbală sau educativă. Un părinte este uneori în mod deschis rejectant: devalorizare, agresivitate, ostilitate sau indiferență totală față de copil, putând să meargă până la respingere completă;
- *mai rar s-au descris și alte componente parentale*, în special o severitate educațională excesivă (Penot) determinând la copil constituirea unei instanțe superegotice deosebit de severe și neîndurătoare;
- *anumite condiții particulare favorizează dezvoltarea acestei instanțe superegotice neîndurătoare și participă la dezvoltarea unei stări depresive*. Astfel, copiii victime ale maltrătarilor prezintă adesea trăsături depresive sau o depresie veritabilă. Într-o populație de 56 copii de la 7 la 12 ani victime ale unor abuzuri, J. Kaufman observă că 27% dintre copiii prezintă un episod depresiv major sau o distimie (criterii DSM-III-R). Copiii victime ale maltrătarilor dezvoltă adesea sentimentul că dacă părinții lor îi bat este pentru că au făcut prostii și sunt „răi”. Deci ei se simt vinovați, meritând loviturile pe care le primesc.

4.3. — ABORDARE PSIHPATOLOGICĂ

Din punct de vedere psihopatologic, ni se pare necesar să diferențiem în modul cel mai clar două tipuri de depresie la copil:

- cele care sunt consecutive unei deprăvări precoce și masive, unei carențe: figuri ale vidului, care alterează echilibrul psihosomatic și afectează condițiile maturizării și dezvoltării;
 - cele care sunt consecutive unei absențe, unei pierderi sau unei lipse secundare: imaginea obiectului care lipsește este interiorizată și această reprezentare a obiectului pierdut este cea care provoacă „travaliul depresiv”.
- Nu există continuitate psihopatologică de la o stare la alta. Din contră, aceste două stări care s-ar putea numi una „figură a vidului și a nereprezentabilului”, iar cealaltă „figură a plinului obiectului care lipsește”, par să funcționeze ca puncte de atragere care organizează și una și cealaltă „complexe psihopatologice” cu logică diferită.

Noi nu ne vom opri asupra primei figuri, trimițând cititorul la teoriile lui Spitz și Bowlby citați de mai multe ori în această lucrare și la capitolul despre carențele afective (v. cap. 22, 1.).

În ceea ce privește stările depresive legate de reprezentarea pierderii legăturii cu obiectul, problematica nu este fundamental diferită de ceea ce se observă la adult, cu condiția absolut necesară ca, într-o manieră conștientă sau inconștientă,

copilul să poată să-și reprezinte această lipsă. Acest lucru pune indirect problema limbajului, chiar când copilul utilizează expresii care îi sunt proprii. Acesta este motivul pentru care am descris acele „cuvinte de copil” (v. 2.1.).

Se pune o problemă teoretică: exprimarea culpabilității și locul Supraeului în dezvoltarea copilului.

Teoria kleiniană situează în apropierea nașterii apariția sentimentului de culpabilitate și a Supraeului arhaic. Dar M. Klein propune mai mult o interpretare psihodinamică decât o descriere semiologică: din acest punct de vedere toate manifestările de alură psihotică ale copilului mic pot să fie analizate ca expresie a angoselor arhaice legate de o culpabilitate ea însăși arhaică cu teama de represalii din partea unui Supraeu intransigent și arhaic.

Mai clasic din perspectiva freudiană, în decursul perioadei oedipiene, interiorizarea imaginilor parentale și organizarea unui Supraeu deschid calea culpabilității nevrotice. Apariția unei pierderi în anturajul copilului îl trimite pe acesta în inevitabila ambivalență a sentimentelor, îi suscită culpabilitatea și declanșează spirala depresivă. Acest lucru este deosebit de clar în cazul decesului unui membru al fratriei pentru care copilul supraviețuitor se consideră vinovat, rău, sau în caz de boală gravă a unei persoane apropiate mai ales dacă boala mobilizează atenția și îngrijirile din partea părinților.

În plan psihopatologic, există atunci un gradient care merge de la starea depresivă tipică, până la manifestări mai nevrotice sub formă de conduite de eșec sau de pedepse repetate. Atât într-un caz cât și în celălalt dinamica nevrotică este prevalentă dar necunoașterea suferinței depresive poate, așa cum s-a mai spus, să provoace o acumulare de conduite deviante și să se organizeze puțin câte puțin în jurul negării acestor afecte.

Privind ansamblul acestei dinamici a culpabilității, dacă Supraeu „oedipian” amenință copilul cu retragerea iubirii și a stimei ca „pedeapsă” pentru o greșală făcută, gândită sau fantasmată, Supraeu arhaic îl amenință pe micuțul copil cu retragerea sprijinului, cu prăbușirea și cu o replică implacabilă condamnată de legea Talionului. În aceste condiții tot ceea ce alimentează fanteziile și fantasmele agresive poate să sufere o reprimare severă mai ales dacă un eveniment din realitate pare să o confirme. Atunci când copilul suferă presiunea unui Supraeu oedipian, va căuta să-și „repere” greșala reală sau imaginată pe calea sublimării. Când copilul a suferit presiunea unui Supraeu arhaic, el nu are altă cale decât creșterea vigilenței persecutorii, proiecția în exterior a pulsioniilor sale agresive și creșterea fricii de represalii. Ne confruntăm aici cu două figuri opuse ale depresiei după cum „poziția depresivă” va fi fost sau nu elaborată. Din punct de vedere structural această linie separă ceea ce ar fi, pe de o parte, „depresia nevrotică” și, pe de altă parte, „depresiile” care s-ar putea numi „prenevrotice” în sensul dezvoltării genetice sau „prepsihotice” în sens economico-dinamic.

5. — TULBURAREA MANIACO-DEPRESIVĂ ȘI/SAU BIPOLARĂ LA COPIL ȘI CERCETĂRILE ORGANICE

Dezbaterea asupra existenței unei tulburări maniaco-depresive în copilărie a făcut să curgă multă cerneală încă de la primele publicații ale lui Campreil (1952), apoi ale lui Anthony și Scott (1960). Aceștia din urmă, pe baza semiologiei descrise de Kraepelin, au definit zece criterii de recunoaștere a unei psihoze maniaco-depresive la copil; aceștia au revăzut cazurile clinice publicate din literatură și au constatat că nici unul dintre copii înainte de adolescență nu au reunit mai mult de 7 criterii; doar trei cazuri au îndeplinit mai mult de 5 criterii.

Conceptul de „psihoză afectivă” propus de Harms (1952) a deschis în mod sigur perspectiva semiologică recunoscând posibilitatea exprimărilor simptomatice proprii copilului, dar au făcut întrucâtva confuze limitele nosografice. Sub expresia de *serious basis*, Harms a descris copii de 3 până la 5 ani prezentând momente de tristețe anormală, fără zâmbet, figură puțin expresivă, părând să nu fie interesați de nimic, având în alte momente accese de agitație, momente de agresivitate, conduite de clown fără o cauză evidentă. Aceste momente se succed, fiind clar delimitate unele de celelalte.

Plecând de la cazuri clinice similare, Penot a propus în 1973 o interpretare teoretică în termeni de negare a poziției depresive cu toate reamenajările secundare pe termen lung, în special în domeniul caracterial sau psihopatic.

Clasificarea franceză a tulburărilor mintale ale copilului și adolescentului (Mises R. și colab., 1988) reține pentru acești copii termenul de psihoză distimică. Formele care răspund riguros criteriilor definite rămân rare în ansamblul psihozelor precoce.

În cadrul tulburării maniaco-depresive, existența formelor monopolare și bipolare a fost descrisă la copil ca și la adult. Astfel Tomasson și Kuperman (1990) relatează cazul unui băiat care, începând de la vârsta de 7 ani, a prezentat o alternanță de episoade de retragere și episoade de agitație, de agresivitate și de „clownerie”, mai ales în clasă. Aceste episoade apăreau brusc. La adolescență, virajele afective, mai ales sub tratament antidepresiv, s-au petrecut tot mai frecvent, conducând la o „stare mixtă”. Autorii menționează importanța antecedentelor psihiatrice în familie. Mama și două mătuși maternelle aveau tulburare maniaco-depresivă; bunica paternă avea „tulburări afective majore” (*major affective disorder*), tatăl avea tulburări organice de personalitate (*organic personality disorder*).

În fața unui episod depresiv al copilului mare, Carlson și Strober (1978) definesc criteriile care trebuie îndeplinite pentru a diagnostica un episod depresiv în cadrul unei tulburări maniaco-depresive:

- debutul rapid al simptomelor cu lentă psihomotorie netă și o dispoziție congruentă cu manifestările psihotice;
- antecedente familiale;
- virajul afectiv indus de tratamentul antidepresiv.

Deși rare aceste cazuri trebuie să ne rețină atenția, pe de o parte pentru a nu le confunda cu tulburările psihotice și pe de altă parte în scopul efectuării unui tratament eficient cu litii.

Totuși toți autorii sunt de acord asupra frecvenței și cvasi-permanenței „comorbidității” mai ales în tulburările de conduită. În plus, aproape toate publicațiile includ în studiile lor cazuri de adolescenți cu vârstă mică (11-13 ani), deci de indivizi deja intrați în procesul pubertar fiziologic. Pentru toți autorii este evident că diagnosticul de boală bipolară devine mai ușor la adolescență.

Într-o recentă revizuire, Carlson G. (1995) se întreabă asupra „maniei prepuberale”. Notează că la copilul prepuber tulburările de dispoziție sunt totdeauna asociate cu tulburări de conduită și că acestea din urmă iau foarte rar forma acceselor acute episodice; ele sunt în general durabile.

În realitate, aceste constatări pur fenomenologice aduc în impas analiza „simptomelor” în dezvoltarea psihopatologică, mai ales simptome ca agitația, opoziționismul, criza de furie sau iritabilitatea. Aceste conduite traduc în general o tulburare și reprezintă cel mai frecvent un răspuns la o interacțiune a cărei caracteristică dintre cele mai frecvente este ignorarea sau negarea tulburării, a suferinței copilului. Una dintre grupările simptomatice cele mai caracteristice ale maniei la adult, accelerarea fluxului gândirii, logoreea, jocurile de cuvinte, contrazicerile, fuga de idei, nu sunt decât excepțional descrise la copilul prepuber. Autorul acestor rânduri nu are experiența clinică personală a unui asemenea caz și nu a găsit decât excepțional în literatură o descriere care să se poată apropia de așa ceva. Situația actuală unde se acumulează cazuri clinice de copii cu „tulburări distimice și tulburări de conduită asociate” pentru a aduce dovada existenței unei tulburări bipolare cu continuitate de la copil la adult apare mai mult ca miză teoretică și dogmatică decât ca o realitate clinică.

Se poate încheia acest scurt paragraf constatând că o tulburare maniaco-depresivă în forma sa monopolară și cu atât mai mult în forma bipolară tipică poate fi recunoscută și descrisă la copiii cu vârste de 6-7 ani. Totuși aceste forme sunt foarte rare; diagnosticul, întotdeauna dificil, impune criterii riguroase printre care antecedentele familiale indiscutabile, o urmărire longitudinală a evoluției și momente clare și bruște de schimbare a dispoziției sunt elementele cele mai importante. Expresiile „psihoze afective” sau „distimice”, cu criterii de diagnostic mai puțin riguroase, au în mod sigur interesul de a atrage atenția clinicianului asupra semiologiei cu predominanță timică a anumitor psihoze infantile precoce dar lărgind probabil cadrul nosografic dincolo de tulburarea maniaco-depresivă.

Evoluția pe termen lung a acestor „psihoze distimice” pare de altfel să se facă într-un mod diferit, acela al unei patologii caracteriale sau de conduită (psihopatii).

Cercetările organice, biochimice, neuroendocrinologice, electroencefalografice, genetice s-au înmulțit în ultimii ani, reluând în mare parte ipotezele formulate și studiile făcute în cadrul depresiei adultului.

Aceste cercetări aduc la copil rezultate care nu sunt întotdeauna concordante cu ceea ce se observă la adult. Aceași constatare este în mod egal valabilă pentru adolescență.

Astfel Puig-Antich (1986) găsește la copil aceleași modificări ca la adult în ceea ce privește concentrația plasmatică a cortizolului la testul de supresie cu dexametazonă. Analog, răspunsul secreției hormonilor de creștere (HG) la hipoglicemia indusă prin insulină pare atenuat la copilul deprimat (Jensen J. B. și colab., 1989). În schimb, M. R. Garcia, J. Puig-Antich și colab (1991) nu găesc deosebiri în răspunsul TSH-ului la stimularea cu TRH între un grup de copii prepuberi cu depresie majoră și un grup martor.

Înregistrările electroencefalografice fac obiectul a numeroase studii, ca și la adult. Rezultate la copil sunt foarte adesea diferite și/sau contradictorii față de cele observate la adult. Astfel G. Enslie și colab. (1990) constată pe EEG-urile nocturne ale copiilor spitalizați cu episoade depresive majore (DSM-III-R) modificări asemănătoare dar nu identice cu cele observate la adultul deprimat. Apare în special o diminuare a latenței somnului paradoxal la copiii deprimați în raport cu martorii. Totuși, față de grupa martor, aceste modificări par mai puțin semnificative decât cele care se observă la adult.

Pentru a concluziona, părerea noastră este că în acest domeniu cercetările sunt încă la început. Rezultatele sunt fragmentare și nu permit elaborarea unui model organic care să aducă o teorie coerentă și explicativă a depresiei la copil.

În aceste lucrări, descrierile clinice se rezumă în general la a enunța criteriile DSM-III-R. Cel mai adesea copiii sunt spitalizați și nu se face nici o mențiune, nici legată de familie, nici în ceea ce privește locul acestui episod depresiv în contextul vieții copilului. Aceste remarci îl lasă oarecum perplex pe autorul acestor rânduri asupra „interpretării” posibile a rezultatelor observate.

6. — ABORDARE TERAPEUTICĂ

Vom fi extrem de succinzi, neprezentând aici decât axele esențiale de tratament. Prevenirea pare în mod evident o abordare esențială: prevenirea la nivelul relației mamă-copil evitând rupturile prin activitatea de consiliere, prevenția socială prin echiparea cu personal, formarea și sensibilizarea corectă a acestuia

în creșe, servicii de pediatrie, instituții, prevenția instituțională arătând rolul nefast al rupturilor prin plasamentele de îngrijire atunci când acestea nu sunt indispensabile sau inevitabile etc.

În fața copilului depresiv, abordarea terapeutică poate să se refere la copil sau la mediul său, dar este sensibil diferită, pe de o parte, în funcție de confruntarea cu un episod depresiv de alură reactivă sau cu o boală depresivă și, pe de altă parte, în funcție de capacitatea părinților de a accepta ideea depresiei copilului lor.

Recunoașterea depresiei și identificarea empatică cu suferința copilului.

— Când este vorba de un episod depresiv și cu atât mai mult de acela care pare reactiv (la doliu, la mutare, altă pierdere...) simpla recunoaștere a acestei depresii poate să aibă o valoare terapeutică: medicul enunță „depresia” și suferința posibilă a copilului, părinții sunt sensibili la aceasta și găsesc adesea ei înșiși răspunsuri sub forma unei atenții mai bune, unei înțelegeri a dificultăților comportamentale sau școlare tranzitorii etc. Valoarea terapeutică a acestei înțelegeri este, de fapt, cu atât mai mult cu cât părinții nu se simt acuzați, recunoscând atât de consultant cât și de propriul lor copil. În aceste cazuri enunțarea diagnosticului, câteva consultații terapeutice, câteva reamenajări relaționale fac ca simptomele să evolueze rapid și apoi să dispară.

Boala depresivă și refuzul suferinței depresive. — Atitudinea terapeutică trebuie să fie diferită când copilul prezintă o „boală depresivă” așa cum a fost ea descrisă anterior, mai ales dacă simptomele de luptă și de refuz al depresiei (instabilitate, furie, agresivitate, conduite deviante subiacente...) sunt pe primul plan și mai mult atunci când dinamica relațiilor familiale este dominată de diferite forme de refuz: negare a suferinței copilului, a nevoilor sale, a conflictualității evidente subiacente. În aceste condiții nu trebuie să ne așteptăm la schimbări pozitive prin simplul fapt al enunțării diagnosticului. Uneori chiar acesta poate determina o reacție parentală de desemnare patologică a copilului. În cazurile în care depresia amenință organizarea psihodinamică a copilului, este necesară recurgerea la abordări psihoterapeutice și/sau de mediu.

6.1. — TERAPII RELAȚIONALE

Instituirea unei psihoterapii este, bineînțeles, fundamentală în măsura în care copilul însuși, și mai ales anturajul său familial, o acceptă și par capabili de o stabilitate suficientă pentru a duce tratamentul până la sfârșit. Tehnica terapeutică însăși este în funcție de vârsta copilului, de terapeut, de condițiile locale, terapie analitică, psihodramă, psihoterapie de inspirație analitică sau de susținere. Ajutorul

adus părinților este cu atât mai important cu cât copilul este mai mic. Terapia de cuplu mamă-copil este în special dinamică la cei mici (2-6 ani) ca și la mama însăși (reparație narcisică).

6.2. — INTERVENȚII ASUPRA MEDIULUI

Acestea sunt de natură foarte diversă deoarece depind în fiecare caz în parte de importanța relativă a factorilor de mediu și a factorilor interni: carență masivă, deces parental, simplă plecare tranzitorie, angoasă de abandon mai mult fantasmatică decât reală etc.

Aceste intervenții au ca scop fie restaurarea unei legături mai satisfăcătoare mamă-copil (consiliere parentală, spitalizarea cuplurilor mamă-copil pentru perioade scurte), fie instaurarea unei noi legături în lipsa posibilității intervenției asupra situației de plasament precedente: plasament familial specializat pentru copiii mici, internat pentru cei mai mari etc. Între cele două se situează internările cu timp parțial (spital de zi, Externat Medico-Pedagogic) atunci când gravitatea tulburărilor de comportament sau masivitatea depresiei interzic menținerea în sistemul pedagogic obișnuit.

6.3. — TRATAMENT MEDICAMENTOS

Antidepresivele. — Puține studii care să răspundă criteriilor metodologice actuale au fost realizate la copil. Primele studii dublu orb randomizate și controlate comparativ cu placebo nu au adus dovada unei eficacități demonstrate a antidepresivelor la copilul deprimat (evaluate cu ajutorul scalelor: K-SADS, DICA...). Substanțele cele mai frecvent utilizate au fost amitriptilina (Kashani, 1984), imipramina (Puig-Antich, 1987, Preskron, 1987), nortriptilina (Geller, 1989). Aceste studii s-au făcut pe eșantioane mici, pe o durată limitată (6 până la 8 săptămâni). În plus numeroase studii au inclus copii și adolescenți: nu este totdeauna ușor de diferențiat aceste două populații și instrumentele de evaluare utilizate nu au fost întotdeauna validate. Inhibitorii recaptării serotoninei încep să fie studiați la copil. Astfel un studiu recent al lui Emslie și colab. (1997) compară efectul fluoxetinei versus placebo la 96 de subiecți în vârstă de 7 până la 17 ani (48 de copii de până la 12 ani și 48 de adolescenți de mai mult de 13 ani, 48 subiecți controlați placebo versus 48 subiecți pe fluoxetină). Acest studiu concluzionează că efectul fluoxetinei este superior celui placebo în episodul major, dar constată că totuși remisiunea completă a simptomelor este rară.

În Franța doar amitriptilina și clomipramina au obținut autorizația AMM de punere pe piață pentru copiii mai mici de 15 ani (pentru „enurezis” mai mult decât pentru „depresia copilului”). Aceste substanțe impun o supraveghere strânsă (mai ales cardio-vasculară) din cauza efectelor lor secundare. Posologia este de 1 până la 3-4 mg/kg/zi pentru clomipramină.

Pentru inhibitorii recaptării serotoninei nu există încă „reguli de prescriere” și studiile recomandă: 1) utilizarea dozelor celor mai mici posibile; 2) posologia cotidiană cuprinsă între 5 și 20 mg/zi la care să se ajungă progresiv; 3) menținerea tratamentului timp de 9 până la 12 luni (Mouren-Simeoni, 1997). Totuși aceste recomandări par să se refere atât la adolescent cât și la copil iar situația specifică a acestuia din urmă nu este precizată.

În concluzie regula actuală tinde să rezerve prescrierea antidepresivelor la copil pentru formele clinice grave rezistente la tratamentele psihoterapeutice și relaționale și la amenajările vieții. Totuși recurgerea la aceste tratamente nu trebuie să fie neglijată în aceste forme grave, utilizând o posologie cu doze corecte și controlate.

Timoreglatoarele. — Carbonatul de litiu (litemie de 0,6 până la 1,2 mEq/l cu control săptămânal apoi lunar) a adus unele ameliorări în psihozele maniaco-depresive la adolescență (Dugas). În copilărie, rezultatele sunt mediocre sau inconstante, mai ales în stările de instabilitate psihomotorie. Efectele secundare nedorite par frecvente (Hagino și colab., 1995).

Celelalte timoreglatoare (Valproatul, Carbamazepina) au fost punctual utilizate dar aici, mai mult decât pentru ansamblul timoreglatoarelor, studiile controlate, urmărirea prelungite sunt serios deficitare (Kafantaris V., 1995).

BIBLIOGRAFIE

- ACHENBACH T.M., VERHULST F.C., BARON G.D., ALTHAUS M.: A comparison of syndromes derived from the child behavior checklist for American and Dutch boys aged 6-11 and 12-16. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 1987, 28, 437-457.
- ANGOLD A.: Childhood and adolescent depression. I. Epidemiological and aetiological aspects. *British Journal Psychiatry*, 1988, 152, 601-617.
- ANGOLD A.: Childhood and adolescent depression. II. Research in clinical populations. *British Journal Psychiatry*, 1988, 153, 76-492.
- ANGOLD A., COSTELLO E.: Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical theoretical and methodological issues. *Am. J. Psychiatry*, 1993, 150, 12, 1779-1791.

- CARLSON G.A.: Identifying prepubertal mania. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1995, 34, 6, 750-753.
- CHESS S., THOMAS A., HASSIBI M.: Depression in childhood and adolescence: A prospective study of six cases. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1983, 171, 411-420.
- CONFERENCE DE CONSENSUS: *Les troubles dépressifs chez l'enfant*, Frison-Roche ed., Paris, 1997, 1 vol.
- DUGAS M., MOUREN-SIMEONT M.C.: *Les troubles de l'humeur chez l'enfant de moins de 13 ans*. PUF, Paris, 1980.
- EMSLIE G.J., RUSH A.J., WEINBERG W.A., KOWATCH R.A., HUGHES C.W., CARMODY T., RINTELMAH J.: A double-blind, randomized, placebo-controlled. Trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1997, 54, 1031-1037.
- FERRO T., CARLSON G., GRAYSON P., KLEIN D.N.: Depressive disorders: distinctions in children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1994, 33, 5, 664-670.
- FLEMING J.E., OFFORD D.R., BOILE M.H.: The Ontario child health study: prevalence of childhood and adolescent depression in the community- *British Journal of Psychiatry*, 1989, 155, 647-654.
- FLEMING J.E., OFFORD D.R.: Epidemiology of childhood depressive disorders. A critical review. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, 29, 4, 571-580.
- FLEMING J.E., BOILE M.H., OFFORD D.R.: The outcome of adolescent depression in the Ontario Child Health Study follow-up. *J. Am. Acad. of Child and Adolesc. Psychiatry*, 1993, 32, 1, 28-33.
- FOMBONNE E.: The Chartres study: I. Prevalence of psychiatric disorders among French school-age children. *British Journal of Psychiatry*, 1994, 164, 69-79.
- GELLER B., COOPER T., MCCOMBS H. et coll.: Double-blind placebo controlled study of nortriptyline in depressed children using a „fixed plasma level” design. *Psychopharmacol. Bull.*, 1989, 25, 101-108.
- GUILLAUD-BATAILLE J.M., CIALDELLA P.H.: Épidémiologie des troubles dépressifs chez l'enfant et adolescent. Revue de la littérature. *Neuropsych. de l'Enf. et de l'Adol.*, 1993, 41, 4-4, 175-184.
- HAGINO O., WELLER E., WELLS R., WASHINGTON D., FRISTAD M., CONTRAS S.: Untoward effects of lithium treatment in children aged four through six years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1995, 34, 12, 1584-1590.
- HARRINGTON R., BREDEKAMP D., GROOTHUES C., RUTTER M., FUDGE H., PICKLES A.: Adult outcomes of childhood and adolescent depression. III Links with suicidal behaviours. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1994, 35, 7, 1309-1319.
- KAFANTARIS V.: Treatment of bipolar disorder in children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1995, 34, 6, 732-741.
- KASHANI J., SHEKIM W., REID J.: Amitriptyline in children with major depressive

disorder: a double-blind cross-over pilot study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1984, 23, 438-451.

KAUFMAN J.: Depressive disorders in maltreated children. *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry*, 1991, 30, 2, 257-265.

KOLVIN I., BARRETT M.L., BHATE S.R., BERNEY T.P., FAMUYIWA O.O., FUNDUSIS T., TYRER S.: The Newcastle child depression project. Diagnosis and classification of depression. *British Journal of Psychiatry*, 1991, 159, 9-21.

KOVACS M., GOLDSTON D., GATSONIS C.: Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1993, 32, 1, 8-20.

KOVACS M., AKISKAL H.S., GATSONIS C., PARRONE P.L.: Childhood-onset Dysthymic Disorder: clinical features and prospective naturalistic outcome. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1994, 51, 365-374.

KOVACS M., POLLOCK M.: Bipolar disorder and comorbid conduct disorder in childhood and adolescence. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1995, 34, 6, 715-723.

LAURENT A., BOSSON J.L., BOST M., BOUCHARLAT J.: Tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents: à propos de 102 observations dans un service de pédopsychiatrie. *Neuropsych. de l'Enf. et de l'Adol.*, 1993, 41, 3-4, 198-205.

MARCELLI D.: Dépression chez l'enfant, EMC (Elsevier, Paris) Psychiatrie, 1998, 37-201-A20, 7 p.

MARCELLI D.: La dépression chez l'enfant. In: *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. S. Lebovici, M. Soulé, R. Diatkine, chap. 81, vol. 2, 1437-1461. PUF, Paris, 1995.

MARCELLI D.: *Les états dépressifs à l'adolescence*. Masson, Paris, 1995.

MOUREN-SIMEONI M.C., BOUVARD M.P.: Traitement antidépresseur, thymorégulateur et dépression de l'enfant et de l'adolescent. In: *Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent*. Faits et questions de Mouren-Simeoni M.C., Klein R.G., Paris, ESP ed., 1997, 1 vol., 295-316.

PAPAZIAN B., MANZANO J., PALACIO F.: Les syndromes dépressifs chez l'enfant: fonction de la source d'informations et du mode d'investigation. *Neuropsych. de l'Enf. et de l'Adol.*, 1992, 40, 1, 1-12.

PRESKORN S.H., WELLER E., HUGHES C. et coll.: Depression in prepubertal children: dexamethasone non suppression predicts differential response to imipramine vs placebo. *Psychopharmacol. Bull.*, 1987, 23, 128-133.

PUIG-ANTICH J., PEREL J., LUPATKIN W. et coll.: Imipramine in prepubertal major depressive disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1987, 44, 81-89.

RAO U., WEISSMAN M.M., MARTIN J.A., HAMMOND R.W.: Childhood depression and risk of suicide: a preliminary report of a longitudinal study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1993, 32, 1, 21-27.

- SPIRITO A., BROWN L., OVERHOLSER J., FRITZ G.: Attempted suicide in adolescence: a review and critique of the literature. *Clinical Psychology Review*, 1989, 9, 335-363.
- TOMASSON K., KUPERMAN S.: Bipolar disorder in a prepubescent child. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990, 29, 2, 308-310.
- WEINBERG W.A., RUTMAN J., SULLIVAN L.: Depression in children referred to an educational diagnostic center: diagnosis and treatment. *Behavioral Pediatrics*, 1973, 83, 1065-1072.
- WELLER E.B., WELLER R.A., FISTAD M.A.: Bipolar disorder in children: misdiagnosis, underdiagnosis and future directions. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1995, 34, 6, 709-714.
- WIDLOCHER D.: *Les logiques de la dépression*. 1 Vol. Fayard, Paris, 1993.
- WOZNIAK J., BIEDERMAN J., KATHLEEN K., STUART ABLON J., FARAONE S., MUNDY E., MENNIN D.: Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1995, 34, 7, 867-876.

19 TULBURĂRI PSIHOSOMATICE

Vorbind despre psihosomatică la copil ne plasăm între două dificultăți: pe de o parte, aceea de a extinde excesiv denumirea de psihosomatică și de a îngloba tulburările cele mai diverse încă de la început în cadrul unei boli cu factor psihologic, cauzal sau reactiv, chiar decelat (această poziție riscă prin extensia sa să golească de orice conținut însăși noțiunea de psihosomatică); pe de altă parte, există riscul de a face generalizări premature plecând de la studiile psihosomatice de la adult, uitând caracterul specific al manifestărilor somatice ale copilului, mai ales legăturile lor constante cu procesele de maturizare și cu procesele de dezvoltare.

De asemenea considerăm util să delimităm mai întâi ceea ce înțelegem noi prin „psihosomatică” excluzând din câmpul ei, conform cu Kreisler și colab.:

- reacțiile psihologice secundare bolilor somatice: răspunsul unei hemofilii, al unei cardiopatii sau al unei malformații congenitale;
- agravările bolilor somatice din cauza unor dificultăți psihologice: de exemplu comele diabetice repetate la adolescentul care refuză insulino-dependența;
- manifestările somatice legate de un mecanism mental de conversie, deși separarea dintre cefaleea de conversie isterică și o cefalee simptom psihosomatic este departe de a fi ușoară;

- în sfârșit, multiplele acuze somatice ale copiilor care se exprimă cu atât mai ușor printr-o plângere somatică cu cât anturajul este mai dispus să îi audă: oboseala, durerile diverse sunt frecvent astfel de exemple.

Al doilea punct se referă la următoarea problemă: simptomatologia psihosomatică a copilului prezintă particularități în raport cu cea a adultului? Trebuie mai întâi să subliniem că la naștere nu există nimic mai „psihosomatic” decât un sugar: corpul ocupă un loc privilegiat în vastul câmp de interacțiuni cu anturajul, diversele funcții fiziologice (alimentație, eliminare sfincteriană, tonus static și dinamic...) servesc ca bază pentru comunicarea cu anturajul al cărui rol este de altfel să „mentalizeze” acest comportament în special datorită capacității de iluzionare anticipatorie a mamei. Anumiți analiști au considerat că simptomele psihosomatice ale adultului ar fi traducerea unei perturbări a organizării

fantasmatic, gândirea funcționând într-un mod operator, fără să fi fost instaurat un dialog cu imagini fantasmatiche interiorizate. La copil și cu atât mai mult cu cât acesta este mai mic, dialogul se stabilește mai întâi nu cu imagini, ci cu persoanele reale din mediu: simptomul psihosomatic capătă un loc privilegiat în sistemul de interacțiune mamă-copil și trebuie luat în considerare din această perspectivă. Problema care se pune atunci este de a ști dacă simptomatologia psihosomatică pe care o prezintă un copil sau un sugar se poate continua la vârsta adultă.

Studiile catamenestice sunt încă puțin numeroase și se întind pe perioade de timp prea scurte pentru a răspunde cu rigurozitate acestei întrebări. Totuși se pare că există tulburări psihosomatice grave în mica copilărie care creează condițiile organizării lor ulterioare diferențiate, cum ar fi psihoza sau mai ales psihopatia.

Există deci importante diferențe față de adult, factorul de evoluivitate conducându-ne la o altă caracteristică proprie simptomelor psihosomatice la copil: raporturile lor strânse cu stadiile maturative succesive pe care le parcurge copilul. Numeroase manifestări psihosomatice tind să apară la vârste specifice arătând astfel că în mare măsură tulburările trebuie să fie puse în strânsă legătură cu maturizarea funcționării organelor și cu caracteristicile dezvoltării psihologice. Se poate astfel trasa schematic un fel de „calendar” al manifestărilor psihosomatice în funcție de vârstă:

- colica idiopatică între 3 și 6 luni;
- vărsăturile primului semestru;
- anorexia din al doilea semestru;
- eczema infantilă între 8 și 24 de luni;
- durerile abdominale spre 3-4 ani;
- astmul copilului mic de 5 ani;
- cefaleea copilului de 6-7 ani.

La această relativă specificitate în funcție de vârstă, unii autori au vrut să asocieze o specificitate a relației mamă-copil. De la o evaluare caracteriologică globală a mamei (intruzivă și hiperprotectoare, sau rejectantă și agresivă, sau anxioasă) s-a trecut apoi la un model de interacțiune caracteristică unei patologii precise. Spitz grupează astfel tulburările psihosomatice după două mari tipuri de atitudini materne: tulburările psihotoxice care corespund relațiilor mamă-copil inadecvate și tulburările prin deficiență care corespund relațiilor mamă-copil insuficiente cantitativ (v. tabelul VI), fiecare din aceste tulburări fiind caracteristice unei atitudini materne (Spitz: De la naștere la cuvânt, p. 158).

TABELUL VI. — *Clasificarea etiologică a bolilor psihogene ale copilăriei corespunzătoare unor atitudini materne.*

<i>Factori etiologici furnizați de atitudinile materne</i>		<i>Boala copilului</i>
<i>Psihotoxic (factor calitativ)</i>	Respingere primară manifestă	Coma nou-născutului (Ribble)
	Indulgență primară excesivă și anxioasă	Colica de la trei luni
	Ostilitate deghizată în anxietate	Eczema infantilă
	Oscilații între alinări și ostilitate	Hipermotilitate (legănat)
	Salturi ciclice catatimice ale dispoziției	Jocuri fecale
<i>Deficiență (factor cantitativ)</i>	Ostilitate conștient compensată	Hipertimic agresivă (Bowlby)
	Privare afectivă parțială	Depresie anacritică
	Privare afectivă completă	Marasm

Mergând mai departe în spirala interacțiunilor mamă-copil, este important de evaluat nu numai efectul atitudinii materne asupra copilului, ci și modificarea acestei atitudini față de simptomele copilului. De fapt, mama este deosebit de sensibilă la manifestările psihosomatice ale copilului ei care îi vor induce și ei noi atitudini. Astfel agresivitatea din relația mamă-copil este adesea total anulată de îndată ce apar simptomele psihosomatice (agresivitate deplasată atunci pe relația mamă-medic), mama luând rolul de mamă-terapeut în sensul înțeles de Winnicott, copilul având ca beneficiu faptul de a „primi îngrijiri” de la aceasta. Raportul de îngrijire care instalează frecvent între mamă și copil patologia psihosomatică ni se pare fundamental.

În ceea ce privește eventualitatea unei constituții psihosomatice la copil comparabilă cu aceea descrisă la adult (Alexander, Schur, Michel de M'Uzan și Fain) se pare că nu se regăsesc la copil trăsături asemănătoare, iar evoluția pe termen lung a patologiei psihosomatice a copilului, așa după cum am mai spus, se face în direcții foarte variabile.

În ceea ce privește alegerea organului, în afară de importanța procesului maturativ deja larg subliniat, vom reaminti teoria fragilității de organ (meiopragie de organ servind ca punct de ancorare a tulburărilor).

În plan practic, în fața unui copil care prezintă o simptomatologie foarte evocatoare a unei probleme psihosomatice, demersul de investigație este dublu:

- pe de o parte, încercarea de a pune în evidență „legătura psihosomatică” nu numai prin studiul unei corelații între un simptom și un eveniment exterior

(vărsăturile la plecarea mamei, cefaleea în fața compunerii la limba franceză), dar de asemenea în lumina etapelor specifice de dezvoltare pe care le-am citat; — pe de altă parte, încercarea de a înțelege sensul pe care îl capătă simptomul psihosomatic în spirala interacțiunii mamă-copil și rolul economic pe care îl ocupă.

În acest capitol vom înfățișa succesiv:

- bolile din sfera digestivă:
 - colica idiopatică,
 - vărsăturile,
 - mericisul,
 - recto-colita hemoragică;
- bolile tractului respirator:
 - astmul,
 - spasmul hohotului de plâns;
- patologia sferei cutanate:
 - eczema,
 - pelada;
 - cefaleea, migrena;
 - nanismul carențial.

1. — BOLILE SFEREI DIGESTIVE

1.1. — COLICA SUGARULUI

Colica sugarului se caracterizează prin apariția după un interval liber de 8-10 zile a plânsului și a crizelor paroxistice dificil de consolat, care se produc adesea după masă în momentul în care copilul aștește. Examenul somatic este normal în afară de frecvente balonări intestinale și de emisie frecventă de gaze (semne funcționale). Crizele încetează atunci când mama îi dă încă un biberon dar reîncep imediat după aceea. Suzeta și mai mult legănatul permit adesea linișirea înainte ca bebelușul să adoarmă în brațele adultului.

Este vorba mai frecvent de primul copil, cu greutate mică, tonic și mai ales cu tendința de a bea sau a suga lacom (Stagnara și colab., 1997). Ei primesc mai frecvent decât alții medicamente.

Prevalența este estimată între 10 și 40% în funcție de autori (22% în studiul epidemiologic al lui Stagnara, 1997).

Mamele au fost în primele descrieri remarcate ca deosebit de anxioase, trăsătură

confirmată în lucrările recente. De altfel este obișnuit faptul de a se atenua colicile sau chiar să dispară când bebelușul este luat de o treia persoană (alt membru al familiei: tată, bunică, doică...). Aceste mame sunt anxioase și în să dea dovadă de o excesivă solicitare față de bebelușul lor și de o mare nerăbdare de a-l calma. De fapt plânsul este trăit fie ca o dovadă a incompetenței mamei, fie ca o respingere din partea bebelușului și un refuz de recunoaștere a posibilelor calități linișitoare ale mamei. Această interacțiune dominată de anxietate conduce la nerespectarea ritmurilor proprii copilului.

Spitz consideră întâlnirea dintre această „solicitare primară excesivă și anxioasă” a mamei și hipertonia copilului, factorul declanșator: copilul manifestă mai ușor decât alții o anume neplăcere și răspunsul anxios al mamei (cel mai adesea printr-un biberon suplimentar) nu face decât să crească această neplăcere (supraîncălzire gastrică). Suzeta (posibilitatea unei investiții autoerotice a suptului: suzeta-împăciuitoare descrisă de autorii anglo-saxoni) sau legănatul (regresie la completitudinea narcisismului primar) reprezintă două modalități fizice de calmare a tensiunilor care permit scăderea excitației difuze declanșate de luarea biberonului, pentru că un sistem mai mentalizat cum ar fi îndeplinirea halucinatorie a dorinței nu s-a putut pune în act din cauza anxietății materne (Fain și col.).

Colica încetează o dată cu „învățarea” și adaptarea progresivă a mamei la copilul ei și de asemenea pentru că, o dată cu creșterea vârstei, copilul descoperă noi căi de descărcare a tensiunilor: gestualitate intențională, suptul degetului etc.

1.2. — VĂRSĂTURILE

Vărsăturile sugarului și copilului mic

Simptom deosebit de frecvent, mai ales la sugar, există într-un continuum de la simpla regurgitație banală și fiziologică până la veritabilele vărsături. Teoretic vărsăturile constau în lapte care a suferit deja procesul de digestie (miros acru), spre deosebire de ceea ce se vede în regurgitație. Distincția nu este totuși întotdeauna ușoară, cu atât mai mult cu cât fiziologia cardiacă (joncțiunea esofag-stomac) sugarului face ca vărsăturile să se producă cu ușurință.

În afară de toate anomaliiile fiziologice (malpoziție cardioberozitară) sau de episoade patologice (infecții, deshidratare...), unui sugari vomită cu o surprinzătoare ușurință.

Adesea este vorba de sugari anorectici (v. cap. 7, 2.1.) la care interacțiunea alimentară între mamă și copil se angajează precoce pe o cale conflictuală. Vărsăturile alternează cu episoade anorectice, pot să se asocieze cu comportamente alimentare specifice: refuzul bucăților solide care declanșează imediat vărsătura,

gust electiv sau din contră atitudine bulimică. Survin uneori fără un efort aparent, altfel apar secundare eforturilor de contracție a mușchilor abdominali. Doar excepționale sunt conduitele evasi-perverse atunci când sugarul încearcă să vomite băgându-și degetele în gură, ajungând să declanșeze un reflex de greață.

Distincția dintre acești sugari care vomită la care dimensiunea psihopatologică pare să fie pe primul plan și cei pentru care este vorba despre o simplă tulburare funcțională (discretă incontinență cardiacă) nu este ușoară.

Vărsăturile copilului mare

Cu vârsta, o dată cu diversificarea alimentației, cu achiziția autonomiei alimentare, vărsăturile se estompează progresiv în cursul celui de-al doilea an. Totuși, la anumiți copii ușurința de a vomita persistă și poate să survină în contexte foarte variate, mai ales imediat ce apare o controversă sau un sentiment de anxietate sau de angosă: vărsăturile matinale înainte de școală sunt exemplul tipic. În această privință semnalăm că se regăsesc destul de frecvent în antecedentele acestor copii vărsături precoce, ca și cum ar fi fost marcată prin acest simptom existența unei căi privilegiate de descărcare tensională. Dintre ei, unii vor dezvolta ulterior o fobie școlară.

1.3. — MERICISMUL

Mericismul survine în cursul celui de-al doilea trimestru. Se caracterizează prin regurgitație provocată fie prin eforturi manifeste, fie printr-o ușurință exagerată de a readuce mâncarea în gură. Această vărsătură provocată conduce la ruminație: copilul păstrează în totalitate sau parțial alimentele în gură, le molfăie înainte de le reînghiți. Uneori o mare parte din mâncare este expulzată, doar o înghițitură este păstrată în gură. În aceste cazuri poate să apară denutriția chiar și deshidratarea.

Această manifestare nu are loc decât atunci când copilul este singur. În cursul acestei ruminații, toată activitatea lui pare suspendată: imobil, aton, cu privire goală, detașată de lumea exterioară. Uneori alte manifestări alternează cu mericismul: balansarea capului, sugerea degetelor, tricotilomanie. Aceste comportamente încetează atunci când copilul simte prezența unui adult. Apetitul este conservat până la exagerat.

Toți autorii admit că această activitate este secundară unui sindrom de carență maternă: mamele sunt distante, reci, puțin preocupate de copil. Adesea îl cresc pe bebeluș într-un fel ritualizat și obsesional. Unii autori au interpretat frecvențele

lor temeri de îmbolnăvirea sau moartea copilului ca o dovadă a agresivității inconștiente dirijate împotriva acestuia. Stabilirea unei relații calde înălțur de altfel comportamentul mericist al sugarului: acesta se arată adesea avid de contact afectiv fără nici o reticență. În acest sens, a putut fi preconizată stabilirea unei separări cu un maternaj adecvat.

Înțelegerea psihopatologică a mericismului trebuie să țină cont de vârsta de elecție la care survine, între 6-10 luni: se poate stabili o analogie cu jocul bobinei descris de Freud (Fain și col.): sugarul încearcă să stăpânească carența maternă printr-o satisfacție autoerotică, manifestându-și în același timp refuzul oricărei dependențe. Această autosuficiență este însoțită de o erotizare secundară a disfuncției musculare (Soule): inversarea direcției de funcționare a musculaturii netede esofagiene permite sugarului să evite poziția pasivă.

Aspectul foarte elaborat al mericismului pune problema unei precocități și unei maturități excesive puse în serviciul unui comportament evasi-autist cu toate perturbările ulterioare posibile în stabilirea relațiilor de obiect satisfăcătoare.

Evoluția pe termen scurt este favorabilă, dispariția simptomelor fiind explicată, ca și în cazul colicii idiopatice, prin investirea noilor zone de descărcare datorită maturizării neurofiziologice. Prognosticul pe termen lung rămâne imprecis.

1.4. — RECTOCOLITA ULCERO-HEMORAGICĂ

Locul rectocolitei ulcero-hemoragice în cadrul bolilor psihosomatice ale copilului depinde în mare parte de originea geografică a autorilor. Foarte puțin studiată din acest punct de vedere în Franța, unde această boală rămâne domeniul strict al pediatriilor somaticieni, chiar dacă se subliniază frecvenți determinanți psihologici (separare parentală, nașterea unui frate mai mic, intrarea la școală, începutul pubertății...), rectocolita a fost obiectul a numeroase studii ale psihiatrilor sau psihanalizatorilor americani (Prugh, M. Spering). Se pare de altfel că la copil ar fi mai frecventă în Statele Unite decât în Franța.

Rectocolita ulcero-hemoragică survine mai frecvent la copiii de vârstă școlară, spre 7-8 ani sau la debutul pubertății (11-13 ani). Anumiți autori notează existența frecvență a antecedentelor de anorexie și concomitența diverselor semne nevrotice: fobie, ritualuri obsesionale printre altele (Sichel și Fasla). Episodul de diaree sanguinolentă survine uneori în momentul unei separări reale sau fantasmatic de mamă.

În plan psihopatologic, acești copii sunt adesea descriși ca șterși, submisivi, ascultători. A fost descrisă apariția unui episod psihotic asociat cu puseul ulceros. Mama prezintă trăsături depresive, dar se dovedește în realitate autoritară, agresivă, dominatoare și hiperprotectoare. Relația mamă-copil trece, de la o

tonalitate agresivă și rejectantă, la o relație de îngrijire intruzivă și manipulatorie, atunci când apar simptomele, oferind copilului beneficiile unei poziții regresive (M. Sperling).

După autorii anglo-saxoni, tratamentul psihoterapeutic este eficient, atât asupra trăsăturilor de caracter, cât și asupra evoluției însăși a puseelor de rectocolită. În Franța poziția somaticienilor este în retragere și superioritatea tratamentului chirurgical se mai pune prea puțin în discuție. Discordanța între cele două tipuri de atitudini ar trebui să sune de o reflecție și studii aprofundate deoarece se pare că abordarea psihoterapeutică poate fi la originea remisiunilor și stabilizărilor.

2. — ASTMUL COPILULUI

Componenta psihică a astmului la copil a fost recunoscută deja de mult timp și a fost chiar într-o perioadă considerată factor esențial. Lucrările moderne au arătat importanța mecanismelor alergice și infecțioase de la originea mecanismului de contracție a musculaturii bronhiolare, fără a putea însă să-l considere unicul factor declanșator al crizei. De fapt, dacă este corect stabilit în prezent, contactul respirator cu alergenul este susceptibil de a provoca descărcarea de histamină responsabilă de bronhoconstricție, deci de bradipnee cu tiraj inspirator tipic crizei de astm, dar este de asemenea stabilit că la același subiect criza poate surveni în absența alergenului. Invers, cu toată prezența alergenului, criza poate să nu se declanșeze la pacienți care au urmat o psihoterapie. Această absență a crizei de astm în prezența alergenului se asociază paradoxal cu o persistență a hipersensibilității specifice la teste *in vivo* sau *in vitro*.

Nu se poate deci considera procesul de declanșare a crizei de astm ca fiind univoc: numeroși factori par susceptibili să acționeze: în schimb, odată procesul declanșat, asistăm la un fel de „cale finală comună”, reacția fiind identică indiferent de etiologie (ereditară, alergică, infecțioasă, psihogenetică).

Pară inutil în aceste condiții să determinăm o ierarhie a procesului așa cum se încearcă uneori, în scopul de a afla ce este fundamental între somatic și psihologic. Ca și în toate afecțiunile psihosomatice, devine repede imposibil, o dată reacția morbidă stabilită, de a determina în interacțiunea familială ceea ce este constituțional de ceea ce este doar reacțional. Totuși mediul joacă un rol fundamental deoarece crizele astmatice apar adesea după un traumatism afectiv și ulterior copilul face crize în condiții bine determinate: în prezența sau în absența aceleiași persoane, identitate de loc sau de circumstanță, fără ca acestea să fie legate direct de alergen etc.

În plan clinic, astmul copilului apare de obicei în cursul celui de-al treilea

an și persistă toată copilăria. La pubertate este un punct important deoarece un mare număr de boli astmatice dispar în timp ce altele persistă la vârsta adultă.

2.1. — PERSONALITATEA COPILULUI ASTMATIC ȘI INTERACȚIUNILE FAMILIALE

Cel mai frecvent copilul astmatic este descris ca fiind cuminte, calm, mai degrabă dependent, supus anturajului, ușor anxios. Școlaritatea este adesea foarte investită, boala fiind de altfel trăită ca un obstacol în calea unei reușite mai bune. Absențele prea numeroase pot să fie la originea dificultăților școlare. Totuși alți copii se arată cu ușurință agresivi, exigenți sau provocatori.

Relațiile familiale par destul de specifice, mai ales în ceea ce o privește pe mamă. Aceasta apare adesea ca destul de rejectantă sau cel puțin rece, conformistă, „hipernormală”. Nu arareori singurele schimburi afective se fac în jurul bolii: mama are grijă de copil și de propria culpabilitate, copilul se supune mamei sale susținându-i angoasa acesteia din urmă. Ambivalența afecțelor, atât la mamă (respingere/culpabilitate) cât și la copil (supunere/independență) va găsi astfel ieșirea în relația de îngrijire stabilită în jurul crizelor de astm. În alte cazuri pare să se stabilească o legătură de identificare narcisică strânsă între copil și părinții ale căror perturbări psihopatologice proprii se echilibrează datorită protecțiilor narcisice asupra copilului lor (Zylberszac). Acesta din urmă ajunge să se „sufocă” sub masivitatea acestei investiții narcisice. Ameliorarea crizelor în timpul separărilor de mediul familial confirmă validitatea acestui punct de vedere. Frecvent crizele reapar de altfel la întoarcerea în familie.

Interpretarea psihopatologică a crizei de astm se face cel mai adesea prin referire la arhaismul funcției respiratorii: strigătul-plâns, primul semn a suferinței bebelușului, precursor al comunicării, nu poate fi depășit. Mediul familial ar da valoare de comunicare crizei de astm, în același fel cu plânsul obișnuit al copilului normal. Numeroși autori semnalează de fapt că copilul astmatic plânge puțin.

În privința psihopatologiei copilului însuși, se pare că sub un aspect frecvent hiperadaptat, organizarea vieții sale fantasmatică rămâne în mare măsură infiltrată de trăsături pregenitale. „Gândirea operatorie” descrisă ca tipică la subiecții alergici adulți (M. Marty) nu pare să apară decât la copiii, care, din cauza bolii, au suferit numeroase internări și separări.

2.2. — ATITUDINE TERAPEUTICĂ

Nu este nici un paralelism între gravitatea și frecvența crizelor de astm și gravitatea perturbărilor psihologice. Primul timp terapeutic constă deci în evaluarea locului pe care îl ocupă procesele mentale, mai ales rolul angoasei, printre diferiții factori declanșatori. Când determinismul psihic apare prevalent, este important de ținut cont de acest lucru deoarece un tratament pur fizic (dezinfecție, desensibilizare, corticoterapie) riscă să fie un eșec.

Separarea de familie dă rezultate certe, adesea spectaculoase, dar care dispar la întoarcerea acasă, dacă nu a intervenit nici o modificare în profunzimea dinamicii familiale. Psihoterapia copilului și, la copiii mici, psihoterapia cuplului mamă-copil, deși dificile, pot calma „angoasa de a respira” și pot crea condițiile unei ameliorări simptomatice secundare.

2.3. — ASTMUL SUGARULUI

Astmul sugarului, pe care unii autori preferă să-l numească bronșită astmatiformă datorită contextului febril obișnuit, prezintă câteva particularități care merită să fie subliniate.

În plan clinic, semnalăm mai întâi apariția sa în cursul celui de-al doilea semestru și dispariția frecvenței pe la 2-3 ani. Notăm de asemenea absența angoasei manifeste la copilul dispneic care nu pare peste măsură de incomodat de această dispnee: rămâne activ, se joacă, chiar vesel. În plan psihologic a fost observată o excesivă familiaritate fără apariția angoasei normale de străin la acești sugari. Poate fi atribuită fie condițiilor de maternaj defectuoase unde substitutul matern se schimbă adesea (creșă de exemplu), fie unui mediu neprotector și intruziv. În plan psihopatologic apariția astmului ar traduce eșecul elaborării mentale a mecanismului angoasei de străin (Fain), soluția cea mai frecventă a acestui eșec în autoerotism așa cum se poate observa în cursul mericismului fiind dată acolo de conduita „hipernormativă” a mamei. Desfășurarea celui de-al doilea organizator descris de Spitz ar fi astfel împiedicat fie printr-o triangulare prea rapidă între personaje echivalente (gardă parțială), fie prin pasivitatea investiției materne.

Totuși aceste ipoteze patologice nu sunt confirmate de alți autori. Astfel Gautier și col. nu găsesc la bebelușul astmatic și în interacțiunea sa cu mama nici o caracteristică specifică în afară de o neliniște puțin excesivă la îndepărtarea de mamă. Acești autori consideră că descrierea relațiilor patologice mamă-copil, valabile pentru copilul astmatic mai mare, nu se observă încă din stadiile precoce, reactivitatea astmatică nefiind un factor de vulnerabilitate susceptibil să antreneze relația mamă-copil într-o ambivalență secundar patogenă și patologică.

3. — SPASMUL HOHOTULUI DE PLÂNS

3.1. — GENERALITĂȚI

Spasmul hohotului de plâns se caracterizează printr-o pierdere scurtă a cunoștinței datorată unei anoxii cerebrale la un copil cel mai frecvent între 6 și 18 luni, survenind în condiții precise. Se disting două forme:

Forma albastră, cea mai frecventă (80%), este marcată de o pierdere de cunoștință care survine în contextul plânsului cu ocazia unei muștrări, frustrări, dureri: copilul hohotește, respirația se accelerează până la blocajul în inspir forțat, apare o cianoză și copilul își pierde cunoștința câteva secunde.

Forma palidă se caracterizează prin apariția unei sincope cu ocazia unui eveniment cel mai adesea dezagreabil: durere subită, frică, emoție intensă. Copilul scoate un strigăt scurt, pălește și cade.

În cele două forme o contracție în opistotonos, câteva mișcări clonice ale membrilor, o deviație a globilor oculari pot să însoțească aceste pierderi de cunoștință. Se observă mai adesea în forma palidă.

În cele două cazuri criza este scurtă, câteva secunde, cel mult un minut, copilul își revine.

Cel mai frecvent, același copil face totdeauna același tip de criză, dar se poate totuși ca forma albastră și forma palidă să alterneze. Frecvența spasmului hohotului de plâns ar fi de 4-5% într-o populație generală.

În plan somatic evoluția este benignă, nu există nici un semn neurologic asociat și nici sechele de temut.

În mod obișnuit crizele dispar spre vârsta de 3 ani, dar pot uneori să persiste dincolo de această vârstă. Circumstanțele de apariție a spasmului merită să fie notate deoarece nu este rară situația când acesta se observă numai în prezența unui anumit membru al familiei (mama sau bunica), totdeauna același.

În plan neurofiziologic studiile electroencefalografice (Gastaut) au arătat absența unei anomalii de tip epileptic și existența semnelor tipice de anoxie cerebrală (asfixie datorată blocajului respirator în forma albastră, ischemie datorată stopului cardiac în forma palidă) în momentul pierderii cunoștinței.

3.2. — ABORDĂRI PSIHLOGICE ȘI PSIHOPATOLOGICE

În plan psihologic

Toți autorii notează diferența dintre forma albastră și forma palidă. În prima copiii sunt de obicei energici, activi, ușor opoziționiști și nervoși, dominatori. Adesea se observă o anorexie de opoziție. În cea de-a doua, forma palidă, copiii par mai degrabă fricoși, timizi, dependenți, într-un cuvânt pasivi. Este ușor și tentant să opunem astfel o formă albastră, activă, virilă și o formă palidă, pasivă, feminină (Fain).

În plan psihopatologic

Înțelegerea acestei tulburări funcționale trebuie să se facă la mai multe niveluri. Importanța relației dintre copil și personajul sensibil, cel mai frecvent mama, trebuie să fie subliniată; angoasa pe care aceasta o simte, o duce spre un comportament de prevenire, până la supunere pentru a evita spasmul evocator al morții copilului ei. Acesta va trage din nou din această frică beneficii secundare care vor alimenta o megalomanie reconfirmată fără încetare prin noi crize.

Importanța rolului respirației trebuie de asemenea să fie menționată. Aceasta funcție este probabil prima funcție al cărei caracter imediat vital este foarte devreme perceput de copil; posibilitatea unui control conștient al modificărilor care determină hipo- sau hipercapnia sunt poate percepute mult mai precoce decât se crede. În această privință Soule vorbește despre o veritabilă „sprijinire” a funcției respiratorii în sensul că, la fel ca foamea și oralitatea, satisfacerea funcției fiziologice servește ca sprijin pentru fixația unei investiții libidinale.

Conform lui Fain, spasmul hohotului de plâns ar funcționa ca o „preformă de act pervers”, investirea privilegiată se face contra naturii, la nivelul senzației de asfixiere, veritabil echivalent al descărcării orgasmice, al coitului și în final al simlării morții. Pierderea de cunoștință ar interveni ca o fuziune regresivă și mortiferă cu mama, făcută posibilă prin eșecul unei investiții mai simbolizate și mentalizate.

3.3. — ATITUDINE TERAPEUTICĂ

Este cu atât mai simplă cu cât copilul este mai mic. Se referă înainte de toate la anturaj care este important să fie încurajat: benignitatea evoluției somatice, distincția netă de epilepsie trebuie să fie explicate. Mama sau bunica trebuie să poată să-și exprime angoasele, iar o susținere psihoterapeutică le poate fi necesară. Este important să se realizeze ca teama de spasmul hohotului de plâns să nu fie

un pretext pentru abandonarea întregii atitudini educative, și ca mama să se dezintereseze de modul relativ de aceste manifestări. Rapid spasmele se spațiază în timp înainte de a dispărea. Evoluția psihopatologică este mai incertă, studiile catamnestică fiind practic inexistente.

4. — PATOLOGIA SFEREI CUTANATE

Loc al contactului privilegiat cu lumea exterioară, barieră împotriva agresiunilor exterioare, înveliș care limitează și conține interiorul, zonă de schimb între interior și exterior, pielea este un organ ale cărui funcții fiziologice sunt bogate și diversificate. Oglindă fidelă a influențelor psihice, manifestările cutanate (roșeață, paloare, transpirație, piloerecție) își au originile atât la nivel fiziologic, cât și psihologic. Nu este de mirare în aceste condiții că manifestările psihosomatice se regăsesc adesea în acest teritoriu.

4.1. — ECZEMA SUGARULUI

În forma sa tipică, eczema atopică a sugarului începe în cursul celui de-al doilea trimestru. Începe la obraji, gât și se poate extinde progresiv pe tot corpul. Frecvent se constată că această eczemă regresează în cursul celui de-al doilea an, și în unele cazuri îi urmează un astm infantil. Se descrie de asemenea eczema pliurilor, formă în care iritația locală pare să joace un rol mai important.

Spitz a arătat corect frecvența crescută a sugarilor care trăiesc în condiții instituționale (instituții pentru mame celibatate). După acest autor, ostilitatea, deghizată în anxietate manifestă la mamă, ar fi la originea răspunsului cutanat patologic al unui sugar care prezintă totuși o „predispoziție congenitală”.

Vindecarea în cursul celui de-al doilea an s-a explicat, ca și în cazul altor manifestări psihosomatice, prin noile investiții făcute posibile prin dezvoltarea copilului; în cazul eczemei, achiziția mersului face sugarul mai puțin dependent de contactul matern.

La copiii mai în vârstă care prezintă eczemă se descrie o personalitate în care se remarcă submisivitatea, sensibilitatea, o importanță anxietate. Mamele par să oscileze între respingere și supraprotecție, care se manifestă de altfel printr-o grijă terapeutică intruzivă: singurele contacte tandre între mamă și copil constau în aplicarea pomezii pe corpul copilului.

4.2. — PELADELE

Determinismul psihogenetic al peladelor, atât la copil cât și la adult, este bine cunoscut; dar studiile psihodinamice sunt rare. Autorii sunt de acord în a recunoaște că șocul afectiv de la originea peladei reprezintă adesea o pierdere reală sau simbolică. Se regăsește frecvent noțiunea de abandon. Semnalăm cazul particular al peladelor care provoacă calviție, care clinic se caracterizează prin pierderea pilozității în totalitate (părul capului, gene, sprâncene, păr axilar, pubian etc.) și al căror determinism psihogenetic pare identic. Astfel am avut ocazia să observăm constituirea rapidă a unei pelade provocatoare de calviție la un copil într-o situație de abandon acut și la un altul în decursul unui episod psihotic acut.

5. — AFECȚIUNI DIVERSE

5.1. — MIGRENELE

Se caracterizează prin apariția brutală a unei palori cu cefalee intensă și pulsatilă, cel mai adesea fără fenomenologie vizuală. Copilul prezintă greață, apoi vărsături, ceea ce îi calmează accesul. Aceste migrene survin în general la copilul de vârstă școlară și sunt uneori legate de o școlaritate foarte investită. Se relevă frecvent caracterul familial a migrenei.

5.2. — CEFALEEA

Aceasta este de asemenea legată de școlaritate, nu este întotdeauna ușor de distins de migrenă, doar că apariția și dispariția cefaleei este mai puțin bruscă. Cercetarea beneficiului secundar (a rămâne acasă, a evita compuneră, materia de care îi este teamă, ora de înot) este adesea clară, cefaleea fiind rezultatul direct al tensiunii dintre o teamă sau o angoasă și o dorință de autonomie sau de afirmare de sine.

În alte cazuri cefaleele răspund unui mecanism destul de direct de conversie isterică, mai ales dacă copilul se găsește într-un conflict asupra căruia nu poate acționa (neînțelegeri parentale sau divorț de exemplu). Renunțarea la gândire, la elaborarea mentală riscă să fie la copil mai plină de consecințe decât la adult la care procesele cognitive au ajuns la maturitate. De menționat că unul dintre părinți este adesea el însuși cefalgic.

5.3. — RETARDUL DE CREȘTERE DE ORIGINE PSIHOSOCIALĂ

Descrisă inițial de către pediatrii endocrinologi (Rappaport și colab.), „nanismul psihosocial” se caracterizează prin existența unui important retard de creștere (mai mare de trei diviziuni standard) asociat cu o încetinire a vitezei de creștere la un copil mai mare de trei ani. În plan clinic, această talie mică este fie izolată la un copil altfel în stare generală bună, fie asociat cu alte elemente: urme de lovituri (hematoame, fracturi) la copiii maltratați, slăbiciune în caz de anorexie, simptome psihosomatice diverse (anorexie, insomnie, diaree, enurezis, encoprezis) sau tulburări de comportament.

Nu există semne de dismorfism. Examenul radiologic relevă un important retard de maturizare osoasă care se apropie în general de vârsta care corespunde taliei.

În plan social, acești copii provin din familii foarte defavorizate, adesea cu frăție numeroasă, fără ca acest lucru să fie totuși constant.

Diagnosticul diferențial se face cu patologia hipotalamo-hipofizară, mai ales cu insuficiențele globale sau electiv. Este un diagnostic foarte dificil, deoarece această întârziere de creștere se asociază adesea cu o scădere a concentrației sanguine de STH. Climatul familial poate să fie un indicator. Singurul criteriu diagnostic valabil este normalizarea rapidă a concentrației de STH și reluarea creșterii staturale după separarea de mediul familial.

Interpretarea psihopatologică a acestui retard de creștere nu este univocă. Autorii sunt de acord toți în a recunoaște dimensiunea profund carențială a mediului familial dar legătura între această carență afectivă adesea manifestă și alterarea neuroendocrină rămâne misterioasă. Extrema rapiditate a reversibilității o dată cu separarea familială și normalizarea concentrațiilor hormonale surprind și deconectează autorii. O carență nutrițională a fost de asemenea invocată, mai ales în fața unei creșteri rapide și importante în greutate. Întârzierea creșterii observată în anumite anorexii a putut servi de model.

Studiul psihopatologic al acestor copii permite distingerea unui grup de copii inhibați, tensionați, care trăiesc la modul defensiv, într-o poziție fie de pasivitate, fie de opoziție. Un al doilea grup se caracterizează, din contră, prin intense capacități proiective, intruzive și adesea confuze, aproape de ceea ce se observă în prepsihoză.

Un punct comun este reprezentat de o tendință excesivă de a acționa într-un context dominat de violența raporturilor dintre copil și mediul său, mai ales mamă. O legătură de ură deosebit de intensă pare să unească pe mamă și pe copil (G. Rimbault).

Atitudinea terapeutică preconizată este separarea prelungită a copilului de mediul familial. Motivele invocate în acest sens sunt eficacitatea (reluarea creșterii care în unele cazuri este din nou oprită la întoarcerea în familie) și urgența relativă pe care o impune un simptom ale cărui urmări evidente riscă să persiste toată viața. Totuși, dacă beneficiile separării sunt evidente pentru creștere, rămân în continuare de făcut studii referitoare la consecințele asupra echilibrului psihofectiv al acestor copii.

6. — PSIHOEMATICA LA COPILUL MARE: RELATIA DE ÎNGRIJIRE

Sub formă de concluzie a acestui capitol de psihosomatică a copilului ne gândim că este util să revenim asupra unui model de interacțiune deja evocat în introducere: relația de îngrijire între mamă și copil.

Dacă pentru sugar s-au putut descrie tipuri de organizare destul de precise și specifice (mericism sau spasmul hohonului de plâns de exemplu), acest lucru nu mai este posibil în aceeași măsură pentru copilul mare. Cu cât copilul este mai mare, cu atât mai puțin pare să existe o legătură strânsă între un tip de simptome somatice și o organizare psihologică specifică. Motivul acestei evoluții ni se pare a fi faptul, deosebit față de adult unde relația psihosomatică se inter pune în dialogul intern al pacientului cu propriile sale imagini interiorizate, că simptomul psihosomatic de la copil ocupă câmpul foarte concret al interacțiunilor acestui copil cu enturajul său și în mod special cu părinții.

Din acest punct de vedere, imposibilitatea atât la copil cât și la părinte (părinți) de a exprima versantul agresiv al necesarei ambivalențe relaționale pare să fie la originea unui mare număr de manifestări psihosomatice. Acest lucru permite descărcarea asupra corpului copilului a agresivității în mod obișnuit socializate și transformarea în solitudine excesivă sau în relație pur terapeutică de îngrijire.

Simptome cum ar fi durerile abdominale atât de frecvente la copil și producând atât neliște la mame, constituie după părerea noastră un exemplu caricatural. Alte manifestări au atras poate mai puțin direct atenția, dar ni se par a răspunde unei dinamici identice. Este de exemplu cazul anumitor angine sau otite repetate. Astfel, am avut de mai multe ori ocazia de a vedea calmându-se un conflict acut între o mamă și un copil centrat mai ales pe alimentație în momentul în care fie o angină, fie o otită autorizează copilul să nu mai mănânce și pe mama să să nu-l mai forțeze: conflictul se liniștește, copilul găsește în regresie și în îngrijirile mateme gratificările necesare, mama își deplasează atunci dependența agresivă

de la copil spre medicul generalist, pediatru sau ORL-ist. Caracterul repetitiv al acestor episoade care survin în fiecare lună, la două săptămâni, săptămânal, episoade a căror realitate somatică nu poate fi pusă la îndoială, așa cum o dovedește inflamația gâtului sau timpanului, ar trebui să incite medicul somatician să sesizeze dimensiunea cu adevărat psihosomatică. Vrem să spunem că dincolo de necesarul tratament somatic al episodului actual, considerăm necesară integrarea semnificației individuale și tranzacționale, în scopul unei schimbări, care doar ea ar putea preveni recăderile.

BIBLIOGRAFIE

- BARRANGER M.H.: A propos du nanisme psychosocial: etude d'une population exposée. Thèse, Paris VI, 1981.
- DUGAS M., MOREL P., LE HEUZEY M.F., PRUNGUEY D.: La pelade: une maladie psychosomatique? *Neuropsychiatrie enf.*, 1983, 31, 4, 179-191.
- GAUTHIER Y. et coll.: L'asthme chez le très jeune enfant (14-30 mois): caractéristiques allergiques et psychologiques. *Psychiatrie enfant*, 1976, 19 (1), 3-146.
- GUTTON P. H., CASTEX E., ESTRABAUD M.: Les vomissements psychogènes. *Psychologie medicale*, 1978, 10 (4), 671-700.
- KREISLER L., FAIN M., SOULE M.: *L'enfant et son corps*. PUF, Paris, 1974.
- KREISLER L.: *L'enfant du désordre psychosomatique*. Privat ed., Toulouse, 1981, 1 vol., 400 p.
- MARCELLI D.: L'hypocondrie chez l'enfant. *Psychologie medicale*, 1981, 13, (5), 771-776.
- MARTY P., DE M'UZAN M., DAVID C.H.: *L'investigation psychosomatique*, PUF, Paris, 1963.
- MONEY J.: The syndrome of Abuse Dwarfism (Psychosocial dwarfism or reversible hyposomatropism). *Am. J. Deasease child*, 1977, 131, 508-513.
- RAPAPORT R., ROYER P.: Retard de croissance d'origine psychosociale et nutritionnelle. Journée Parisienne de Pédiatrie, Paris, 1975, 145-155.
- STAGNARA J., BLANC J.P., DANTOU G., SIMON-GHEDIRI M.J., DURR F.: Eléments cliniques du diagnostic de coliques du nourrisson. Enquête chez 2773 nourrissons âgés de 15 a 119 jours. *Arch. Pédiatr.*, 1997, 4, 959-966.
- SICHEL J.P., FASLA F.: La rectocolite ulcéro-hémorragique chez l'enfant. *Psychiatrie enfant*, 1975, 18 (1), 7-73.

20 LA FRONTIERELE NOSOGRAFIEI

Ultimul capitol al celei de-a treia părți este consacrat grupărilor nosografice cu limite incerte sau care sunt folosite în mod specific de anumiți autori sau țări. Aceste grăpări nosografice se bazează de fapt pe concepții teoretice ce folosesc fie noțiuni psihodinamice (de exemplu prepsihoză), fie abordări ale psihologiei dezvoltării (dizarmonie), fie un model descriptiv holistic (patologie de caracter, de personalitate) sau în sfârșit un model semiologic și lezional (Tulburare Deficitară a Atenției / Hiperactivitate : TDAH).

Aceste grăpări prezintă adesea o semiologie variabilă, imprecisă (prepsihoză, dizarmonie) sau sunt caracterizate printr-o comorbiditate foarte importantă (TDAH). Interesul lor constă în faptul de a păstra deschise toate potențialitățile evolutive ale subiectului evitând efectele dăunătoare ale unui prognostic defavorabil. În schimb absența unor limite precise și validitatea unor contestabile riscă să conducă la utilizarea extensivă a acestor „diagnostice” cu toate pericolele lor, în locul unui diagnostic care să conducă la o strategie terapeutică specifică (cum este cazul pentru TDAH).

Abordarea acestor entități diagnostice solicită deci clinicianului o înaltă rigoare metodologică, o bună cunoaștere a mizei implicate (problema normalului și patologicului, vezi cap. 2; cererea terapeutică, vezi cap. 28) și o reflecție constantă asupra propriei practici și limitele cadrelor conceptuale utilizate (lucru cunoscut, dar care încă se ignoră...).

1. — PREPSIHOZELE COPILULUI

Este vorba despre o terminologie întâlnită din ce în ce mai frecvent și ale cărei caracteristici clinice nu sunt totdeauna evidente. Această entitate, care prin numele ei arată bine grija inerentă a pedopsihiatriului privind prognosticul, datorează succesul unor factori opuși. Unul, mai de grabă negativ, face din termenul de prepsihoză un cadru de așteptare unde se numește astfel „tot ceea

ce este mai grav decât o nevroză și mai puțin grav decât o psihoză” cu toată incertitudinea evolutivă inerentă. Celălalt factor ar constitui definiția „în pozitiv” care atribuie entității „prepsihoză” o organizare structurală care i-ar fi proprie și al cărei destin evolutiv rămâne să fie precizat.

Totuși, înainte de abordarea domeniului clinic, trebuie să consacram câteva cuvinte problemelor de terminologie atât de importante aici. Termenii fiind de fapt abundenți, demarcația între descrierile de la adult și cele de la copil nu sunt totdeauna clare. Se pare că există totuși un consens în a vorbi de stări limită la adult și de prepsihoză la copil, cu toate că se întâlnesc de asemenea termeni cum ar fi: **copil atipic, stare pseudonevrotică sau prenevrotică, structură preschizofrenică, parapsihoză, copil borderline, „fals self”, personalitate „ca și cum”** etc. Nu vom intra în această terminologie controversată, dar este important de știut că, sub o lumină adesea diferită, se descrie în realitate același tip de copil. Vom înfățișa rapid simptomatologia clinică și rezultatele principalelor teste psihologice înainte de a studia structura psihopatologică și punctele de vedere teoretice ale principalilor autori.

1.1. — DESCRIERE CLINICĂ

Nu există o simptomatologie proprie prepsihozelor. Toate simptomele pot de altfel să fie întâlnite, fie că e vorba de manifestări endopsihice (fobii sau ritualuri obsesionale), de tulburări de comportament (instabilitate, ticuri, inhibiție), de tulburări ale marilor funcții somatice (insomnie gravă, anorexie rebelă), de un retard de maturizare a unei linii specifice (limbaj), de dificultăți relaționale majore (izolare în cadrul fratriei sau între copiii de aceeași vârstă, inserție școlară mediocră). A face tabloul tulburărilor întâlnite în prepsihoză înseamnă a înșira lista tuturor simptomelor clinice. Vom insista asupra punctelor care par esențiale:

- **multiplicitatea și variabilitatea simptomelor**: astfel sunt ticurile care apar și apoi dispar pentru a lăsa locul terorilor nocturne și unei insomnii relative, căreia îi succede o fază de instabilitate majoră cu fobii mai mult sau mai puțin variate. Aceste simptome se caracterizează în realitate prin ineficacitatea lor în a legaangoasa atât de un punct de vedere economic, cât și dinamic. Acest copil care în aparență rămâne în contact cu realitatea, nu pare în schimb capabil să stabilească o organizare psihică susceptibilă să-i permită să stăpânească și să degajezeangoasa care rămâne mereu perceptibilă;
- sub aparenta adaptare la realitate deja evocată, contactul cu copilul prepsihotic, chiar dacă nu dă senzația de bizarerie sau straniețate întâlnită la copilul psihotic, este adesea de o calitate deosebită: investirea relației poate să fie masivă, expresia fantasmatică prin joc prea facilă și prea imediată. Tematica,

aşa cum o vedem la testele proiective, este în mod constant dominată de o imensă agresivitate rău conţinută. În acest context trecerea la act este deosebit de frecventă şi reprezintă adesea un mod specific de evacuare a tensiunii psihice. Această trecere la act se face adesea într-un mod auto- sau heteroagresiv, uneori cu o impulsivitate extremă.

La polul opus, relaţia clinică poate fi dominată de inhibiţie, lăsând puţin loc exprimării acestui univers fantasmatic sau de o aparentă supunere la dorinţele sau aşteptările presupuse ale adultului. Acest ultim caz corespunde tabloului de neghibie descris atât de bine de Diatkine.

1.2. — TESTE PSIHLOGICE

Acestea sunt deosebit de utile în evaluarea clinică a copilului prepsihotic. Desigur, atunci când acesta se situează pe versantul unei prea mari facilităţi a expresiei fantasmatic, testele nu fac decât să confirme ceea ce deja a revelat relaţia clinică. În schimb, ele îşi demonstrează întreaga valoare atunci când copilul aduce în prim plan un fel de pseudo-adaptare (fals self) sau de supunere faţă de interlocutor. Nu vom detalia aici testele de nivele pe care le-am prezentat cu mai multă precizie în cadrul dizarmoniilor (v. cap. 9, 3.3.).

Testele proiective, în mod special Rorschach, arată intensitatea nevoii de exprimare fantasmatică care se realizează fără mare grijă pentru utilizarea factorilor numiţi intelectuali. Kinestezia, animaţia primează asupra recunoaşterii formale. Productivitatea este mare, asociaţiile abundente şi infantile, referinţa la lumea animală este privilegiată. În planul mecanismelor mintale se poate observa importanţa proiectiei, a clivajului, a identificării proiective. Natura fantasmaticii exprimate pune în evidenţă importanţa agresivităţii al cărei nivel de elaborare este de altfel foarte variabil de la un răspuns la altul la acelaşi copil: devorare orală, fantasmatică sadic-anală, angoasă de anihilare. Imaginile parentale mobilizate se situează fie la un nivel foarte infantil cu o freneză a dimensiunii abandonului, fie clar pregenital, în special imaginea maternă. În comparaţie cu copiii psihotici, labilitatea nivelului răspunsurilor, capacităţile remarcabile de recuperare de la o planşă la alta, capacitatea de păstrare a unei percepţii formale adecvate, mai ales dacă investigatorul încearcă să susţină copilul, reprezintă diferenţe evidente.

1.3. — STUDIU PSIHOPATOLOGIC

Ceea ce am descris în legătură cu testele proiective lasă deja să se întrevadă marile direcţii în jurul cărora se organizează funcţionarea mintală. La nivelul

mecanismelor de apărare, **clivajul** este, după părerea diferiţilor autori, factorul esenţial. Totuşi, spre deosebire de psihoze, clivajul se adresează cu precădere aspectelor calitative ale obiectelor (Marcelli), bun şi rău fiind în mod activ menţinute ca separate. Astfel, aceşti copii par tipic blocaţi la nivelul fazei schizoparanoide şi nu pot accede la poziţia depresivă pentru a stabili relaţii de obiect depline şi totale. Acest clivaj se însoţeşte de alte tipuri de mecanisme defensive: identificarea proiectivă, idealizarea, refuzul realităţii, omnipotenţa, care toate conduc la crearea unui fel de cerc vicios care întăreşte clivajul. Diatkine insistă asupra importanţei relative a proceselor primare ale gândirii care nu pot să fie nici temperate nici organizate printr-o secundarizare eficientă. În centrul acestor procese primare, agresivitatea — fie că răspunde experienţelor de frustrare prea severe ce depăşesc capacităţile adaptative ale copilului, fie că îşi află originea în echipamentul intern al copilului — este copleşitoare (Widlöcher), împiedicând întreaga organizare coerentă a vieţii libidinale. În plan structural, dacă Eul şi non-Eul par distincte, în schimb organizarea Supraeului este cel mai adesea deficientă, înlocuită de altfel prin problematica narcisică.

Imaginile parentale nu se organizează în registrul oedipian, ci rămân saturate de trăsurii preoedipiene: mama intruzivă, atotputernică şi periculoasă, imaginea paternă prost diferenţiată de cea maternă, ambele investite cu putere falică înfricoşătoare.

1.4. — EVOLUŢIE

Încă de la începutul capitolului am semnalat că termenul de prepsihoză trimite la problema predictivităţii în pedopsihiatrie. Nu revenim deci aici asupra problemelor generale deja abordate şi ne limităm strict la problema clinică.

În plan clinic, copiii astfel recunoscuţi ca prepsihotici par să aibă o evoluţie destul de variabilă (Diatkine). Unii vor dezvolta la sfârşitul perioadei de latenţă o organizare psihotică evidentă, alţii vor prezenta fie o evoluţie deficitară sau pseudo-deficitară (tabloul de imbecilitate), fie o evoluţie dominată de un deficit într-un sector specific (dispraxie importantă, întârziere persistentă a limbajului, eşec şcolar...). Un mare număr de copii se organizează în final în jurul unei patologii care s-ar putea numi caracterială: sub o adaptare de suprafaţă la realitate domină fragilitatea acestei adaptări, o rigiditate evidentă a funcţionării mintale marcată de procesele proiective şi de trecerea la act şi o simptomatologie care poate evoca psihopatia. Aceste din urmă forme prezintă o continuitate sigură cu tablourile clinice descrise de psihiatrii de adulţi sub numele de stări limită. Vom reveni la această patologie caracterială puţin mai departe.

2. — ORGANIZĂRILE DIZARMONICE

Acolo unde este vorba de dizarmonie de evoluție (Male, Leibovici, Lang) sau de dizarmonie cognitivă (Gibello), accentul este pus pe echilibrul dinamic sau pe dezechilibrul crescând care s-a stabilit între direcțiile în curs de maturizare. Aspectul este mai degrabă genetic-evolutiv decât structural. Anna Freud este unul dintre primii autori care a atras atenția asupra liniilor de dezvoltare și a necesității echilibrului lor constant: „*când Eul și Supraeul au o maturitate insuficientă în raport cu nivelul activității pulsionale, nici relațiile afective de obiect însușite, nici un sens social și moral suficiente, nu sunt capabile să lege și să controleze pulsunile parțiale pregenitale agresive*”. A. Freud arată prin aceasta efectul dezorganizator al dizarmoniei.

Foarte schematic descrierile se concentrează fie pe decalajul dintre liniile de maturizare neurobiologică (exemplu: dezvoltarea motricității, a limbajului sau a inteligenței), fie pe maturizarea pulsională și pe organizarea personalității (sexualizarea prea precoce în raport cu o organizare încă infantilă a Eului sau, din contră, hipermaturitate a Eului care nu acceptă nivelul pulsional regresiv), fie pe dizarmonia în interiorul aceleiași linii (astfel ca în linia cognitivă să coexiste stadiile preoperator, operator sau logic).

Ceea ce este important aici nu este descrierea statică a unui stadiu special al copilului. Din acest punct de vedere se constată că s-ar putea relua aici totalitatea diverselor descrieri ale conduitei patologice citate în a doua parte a acestei lucrări. Pentru acești autori „*important este a reconstitui funcționarea mentală a copilului și a aprecia dacă apărările folosite, și ale căror tulburări instrumentale reprezintă o modalitate, joacă un rol protector fără a bloca toate posibilitățile evolutive sau, dimpotrivă, dacă asistăm la o restricție a conduitei apetitive și a posibilităților de investire și la organizarea de situații ireversibile*” (Jeammet). În funcție de lucrări accentul se pune când pe dezechilibrul pulsional (Leibovici, Diatkine), când pe originea genetică și remanierele structurale (Misès, Lang) care provoacă dizarmonia.

Mai mult decât descrierea clinică, conceptualizarea teoretică trimite la această noțiune de dizarmonie. Nu ni se pare justificat să adăugăm încă un tablou clinic particular în acest vast domeniu nosografic, care de altfel ar duce la un abuz de concepte. În schimb, grija metodologică ce a condus la individualizarea acestora din urmă se articulează riguros cu preocupările fundamentale ale pedopsihiatriei.

3. — PATOLOGIA CARACTERIALĂ

Este dificil, indiferent care ar fi dorința noastră, să trecem sub tăcere problema spinosă a patologiei caracteriale a copilului; de fapt denumirea de „tulburare de caracter și de comportament” a cunoscut o utilizare pe atât de largă pe cât de incert este conținutul său.

Dacă definirea comportamentului ca și conduită exteriorizată și obiectivabilă este relativ simplă, în schimb definirea caracterului este problematică. Referirea la caracter a fost foarte utilizată de către psihiatrii și pedopsihiatrii din generațiile precedente, dar se pare că la ora actuală această tendință se atenuază. În prezent, la fel ca și noțiunea de personalitate, aceea de caracter acumulează o sumă de ambiguități.

În general atunci când se vorbește de caracter se subînțelege întotdeauna o descriere globalizantă a individului, o etichetă cu siguranță globală, dar în același timp reducționistă într-un fel de tipologie bine stabilită. Astfel pentru Heuyer, caracterul este reprezentat prin „*ansamblul tendințelor emotiv-afective congenitale sau dobândite care reglează raporturile individului cu condițiile mediului*”. Această definiție condensată arată cum caracterul se definește în raport cu:

- noțiunea de congenital sau înăscut;
- mediul (social, educativ, pedagogic);
- globalitatea individului.

Atunci când autorul vorbește despre caracter sau când un clinician vorbește despre „un copil caracterial”, nu se știe în majoritatea cazurilor dacă această terminologie trimite la un fel de tipologie globalizantă cel mai frecvent de origine constituțională (caracter paranoic sau ciclotim, de exemplu), la un fel de descriere pur semiologică cu o trăsătură caracteristică (copil opoziționist sau coleros), sau o entitate patologică susținută de un proces morbid (caracter psihopatic pe fond dezechilibrat).

Ne putem imagina toate confuziile pe care acest termen le poate vehicula! Câteva încercări meritore și curajoase de a organiza acest hăgiș terminologic (Lang) nu ni se par întotdeauna încoronate de succes: astfel în distincția dintre tulburările caracteriale raționale, tulburările caracteriale structurale și structurile caracteriale patologice propuse de acest autor nu găsim un folos pentru practica clinică.

Pe scurt noi susținem că, în planul trăsăturilor semiologice, adjectivul caracterial este utilizat pentru descrierea copiilor instabili, agresivi, hiperemotivi, anxioși, impulsivi, închiși sau excitați, opoziționiști sau versați, colerici etc. În planul unei evaluări globale a individului, se va vorbi de caracter histrionic, obsesional, pervers, psihopatic sau sociopat, acest lucru fie într-o optică

structuralistă ereditară, uneori chiar presupunându-se existența unui proces morbid subiacent (degenerescența Magnan), fie într-o optică de tipologie (psihogenetică (caracter oral, anal sau uretral), dar unde ansamblul personalității ar putea fi de asemenea legat de o anume particularitate.

Într-o perspectivă dinamică, vom avansa mai multe ipoteze atunci când evocăm „caracterul”.

La nivelul individului, ne confruntăm cu:

- importanța pulsionilor agresive, exteriorizate sau nu, puse în act sau nu, dar în care trecerea la act este frecvent un mod de rezolvare a conflictului;
- aspectul adesea egosintonic al trăsăturilor caracteriale, adică al conduitei deviante nu este sursă de suferință pentru copil, care, dimpotrivă, exteriorizează de obicei originea conflictului („nu sunt eu, este altcineva, ceilalți, societatea” etc.), chiar dacă el ajunge să sufere în mod secundar consecințele acțiunii sale.

La nivelul mediului trebuie să luăm în considerare importanța schemelor de interacțiune adesea deviante, precoce interiorizate: carența afectivă sau educativă, deficiența gravă socio-economică, profunda instabilitate familială, se regăsesc constant. De fapt exteriorizarea conflictelor, modul reacțional privilegiat al subiectului zis „caracterial” nu este adesea decât reluarea de către subiect a modului de interacțiune obișnuit al anturajului său.

În concluzie, utilizând termenul „caracterial” este adesea o soluție de facilitare, dar riscă să reprezinte în același timp pentru copil efectul unei redutabile „etichete”, în timp ce toate studiile catamnestice au arătat cât de mult extrema variabilitate de evoluție a acestor cazuri se constituie *a posteriori* într-o dovadă a absenței oricărui cadru psihopatologic sau etiologic veritabil. Clinicianul va trebui deci să facă dovada unei mari prudențe în manevrarea noțiunii de caracter dacă nu vrea să cadă în ușurință și să regăsească sub etichete pseudosavantice ceea ce oricare mamă spune uneori de copilul ei: „are un caracter de porc” sau „are un caracter ușuratic”.

4. — TULBURĂRILE DEFICITARE DE ATENȚIE/HIPERACTIVITATE

De la DSM-III (1980) cu câteva variante până la DSM-IV (1995), Tulburarea deficitară de atenție-hiperactivitate (TDAH) (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD) se situează în continuarea a ceea ce autorii anglo-saxoni au numit succesiv „Minimal Brain Disease” (MBD: leziune cerebrală minimă) ulterior folosind aceleași inițiale „Minimal Brain Dysfunction” pe care noi am tradus-o

la a doua ediție prin „Tulburare Cerebrală Minoră”. Ulterior au fost utilizați termenii de „sindrom hiperkinetic” sau de „reacție hiperkinetică”. CIM 10 a conservat de altfel denumirea de „tulburări hiperkinetice”.

Există o continuitate subtilă în acest sindrom de la primele descrieri a ceea ce s-a numit inițial „Minimal Brain Injury” și se referea la sechelele comportamentale ale copiilor afectați de encefalite infecțioase (mai ales encefalita Von Economo: 1917), intoxicații sau traumatisme craniene. Puțin câte puțin foarte relativă similitudine cu simptomele de hiperkinezie și neatenție observate la numeroși alți copii i-au făcut pe autori să lărgescă cadrul sindromului. Existența antecedentelor neuropatologice, la început certe, nu a fost mai mult decât o ipoteză etiopatogenică: deoarece copiii suferind de sechele de encefalită sau traumatism cranian prezintă tulburări motorii de tip instabilitate sau hiperkinezie și defecte de atenție, a apărut „logic” de a pune ipoteza unei leziuni cerebrale la minime la toți copiii instabili și/sau neatenți. Entitatea „Tulburare Deficitară a Atenției” constituie ultima verigă a acestei succesiuni. Între noțiunile de M.B.D., hiperkinezie, apoi TDA, interesul este deplasat de la polul motor (instabilitate) spre polul cognitiv (deficit de atenție) dar se păstrează aceeași presupunție, aceea a deficitului neurocerebral.

În 1957 Bradley a introdus tratamentul acestui sindrom cu „amfetamine” justificând acțiunea acestor substanțe prin existența probabilă a unei leziuni cerebrale minore.

Având în vedere răspândirea extremă pe care a cunoscut-o acest concept, ni se pare indispensabil să realizăm o prezentare clară a problemei căreia să-i găsim locul în câmpul de activitate pedopsihiatrică (v. paragraf 5.5).

4.1. — CARACTERISTICI EPIDEMIOLOGICE

Prevalența la vârsta școlară (6/7 ani – 12/13 ani) oscilează de la 3 la 5% (Wolraich, 1996) cu predominanță masculină cuprinsă între 4 la 1 și 9 la 1 în funcție de studiu. În jur de 50% dintre copiii consultați în serviciile de psihiatrie din Statele-Unitate au primit acest diagnostic (Cantwell, 1996).

Reperată începând cu vârsta de 7 ani, dar survenind în continuitatea tulburărilor adesea prezente din mica copilărie, acest sindrom trebuie să antreneze un disconfort funcțional în cel puțin două domenii: social, familial, școlar sau profesional (DSM-IV).

4.2. — DESCRIERE CLINICĂ

Sindromul este constituit de asocierea dintre tulburările de atenție și hiperactivitate-impulsivitate.

Tulburări de atenție. — Slabă capacitate de concentrare, de fixare asupra unei sarcini, de organizare și apoi terminare a activității (școlare sau domestice) dar de asemenea a activităților ludice sau culturale; schimbarea frecventă a activităților („ca un fluture”); distractibilitate importantă („se uită pe pereți”, „orice îl perturbă”). Copiii nu par să audă ceea ce li se spune, nu respectă consențele; lecțiile sunt neglijate, ignorate, cu multe greșeli așa-zis „de neatenție”; toate sarcinile care cer efort de concentrare par a fi evitate sau respinse.

Hiperactivitate-impulsivitate. — Activitate motorie exagerată față de vârstă, copilul este totdeauna „pe baricadă”, alergând, sărind, „ca un resort”, incapabil să stea așezat.

La școală copiii sunt agitați, neastâmpărați: se leagănă, se contorsionează, își agită picioarele; abia îmbrăcați, se reped în stradă sau în curte în recreație, traversează strada fără să se uite.

Impulsivitatea se traduce printr-o dificultate de a respecta regulile, cadrul: intervenție bruscă în clasă, nerespectarea rândului la cuvânt, la joc, a regulilor sportive. Tendință de a-și impune prezența fără respect pentru ceilalți, de a apuca obiectul din mâna celui alt înainte de a i se oferi, de a se angaja într-o manieră periculoasă și riscantă fără a aprecia consecințele. Această impulsivitate poate merge până la tulburări de comportament de tip coleros, agresivitate.

Simptome asociate. — Se descriu adesea:

- dificultăți cognitive relevate de testele ale căror rezultate sunt în general minore sub aspectul neatenției: dificultăți de reperaj spațio-temporal, dificultăți de sesizare a sevențelor ritmice, perturbări la testul Bender;
- dificultăți diverse: întârziere școlară care riscă să se acumuleze, tulburări de control sfincierian (enurezis), labilitate afectivă, conflict cu anturajul, cu camarazii...

- uneori se regăsesc semne neurologice minore: neocoordonare motorie fină, mișcări coreiforme, anomalii perceptivo-motorii, stângăcie, semne non specifice pe EEG. Unii autori au descris „stigmatice fizice”: anomalii ale epicantului și urechilor, văluri palatine accentuate, strabism, al treilea haluce lung și palmat, craniu ținut...

Regrupări sindromale. — DSM-ul IV propune trei sindroame atunci când manifestările simptomatice sunt prezente de cel puțin 6 luni:

- „deficitul de atenție/hiperactivitate: tip mixt” când tulburările de atenție și hiperactivitatea sunt în mod egal prezente;
- „deficitul de atenție/hiperactivitate: tip neatenție predominantă”;
- „deficitul de atenție/hiperactivitate: tip hiperactivitate-impulsivitate predominantă”.

Trecerile de la un subtip la altul sunt posibile în funcție de cantitatea respectivă de criterii simptomatice; când criteriile de diagnostic nu mai sunt prezente, există posibilitatea unui diagnostic de genul: „deficit de atenție/hiperactivitate: în remisie parțială”.

4.3. — COMORBIDITATE, DIAGNOSTIC, EVOLUTIE

Comorbiditate. — Este o problemă majoră a diagnosticului de TDAH la copil, adolescent sau chiar la adult.

În timpul școlii elementare, două treimi din copiii cu diagnostic de TDAH prezintă un alt diagnostic (Cantwell, 1996) care variază după originea populației studiate (epidemiologic sau clinic, pediatric sau psihiatric). Se observă, după criteriile DSM-IV, o comorbiditate cu:

- tulburări de conduită;
- tulburarea opozițională sfidătoare;
- tulburări de învățare (incluzând tulburările de limbaj, de comunicare);
- tulburări anxioase;
- tulburări de dispoziție;
- sindrom Gilles de la Tourette și ticurile cronice.

Prezența unei tulburări comorbide se repercutează asupra evoluției, în general mai peiorativ (mai ales asocierea tulburărilor de comportament sau opoziționale sfidătoare). Invers, prezența TDAH riscă, mai ales în ochii părinților și învățătorilor, să mascheze existența unor tulburări anxioase sau dispoziționale.

Importanța acestei comorbidități pune evidente probleme teoretice abordate pe scurt în paragraful 4-5.

Diagnostic pozitiv. — Nu există explorări complementare specifice care să afirme existența TDAH. Diagnosticul se pune pe evaluarea clinică și eventual pe utilizarea scalelor (Scala Pelham, 1992; Canners, 1994; Swanson, 1995) cu recomandarea recentă ca diagnosticul să nu fie pus pe un scor pozitiv al unei singure scale. Explorările neuroradiologice, neuropsihologice sau neuroendocrinologice, studiile de genetică nu au dat, în ciuda numărului lor mare, rezultate edificatoare. În prezent, etiologia TDAH rămâne necunoscută și diagnosticul se pune pe ansamblul de elemente clinice adunate de la părinți, de la copil și de

la adulții apropiați (educatori), pe elementele de antecedente și pe o confruntare a rezultatelor investigațiilor (neurologic, neuropsihologic, de limbaj...).

Evoluție. — Sunt descrise trei mari tipuri de evoluție (Cantwell, 1985):

- o sedare și dispariția simptomelor la adolescență sau la adultul tânăr (30% dintre subiecți);
- o persistență a simptomelor la vârsta adultă cu apariția dificultăților școlare, sociale sau relaționale, moderate (40% dintre subiecți);
- o agravare relativă a simptomelor cu apariția unei patologii tip alcoolism, toxicomanie, psihopatie și personalitate antisocială (30% dintre subiecți). Această evoluție pare mai frecventă atunci când, încă din copilărie, există o comorbiditate tip tulburări de comportament.

4.4. — TRATAMENT

Este recomandat un tratament multifocal.

Consilierea părinților. — Conform unui protocol uneori foarte riguros pe bază de sarcini și de consemne cotidiene. Această ghidare trebuie să redea părinților încrederea în competența lor și să reducă „stresul familial” secundar simptomelor copilului.

Colaborarea cu școala. — Se insistă pe un cadru școlar mai degrabă riguros („este preferabil să plasăm elevul în fața tablei și aproape de învățător”!) (Cantwell, 1996); uneori sunt propuse amenajări școlare: clasă specială până la soluția internatului atunci când simptomele apar a fi majore; în Statele Unite există programe „specializate” pentru 8 săptămâni.

Copilul. — Intervenția cuprinde prescripția de psihotrope și eventual o activitate psihoterapeutică.

Psihotropele prescrie aparțin mai ales clasei amfetaminelor (în Statele Unite: dextro-amfetamină, metilfenidat, în Franța actualmente este autorizat metilfenidat). Se observă 70% din cazuri ameliorate cu sensibilitate individuală variabilă în funcție de produs, eficacitate dependentă de doză și uneori efecte secundare (insomnie, pierderea apetitului, cefalee, iritabilitate) tranzitorii și dispărând treptat. Alte psihotrope au fost utilizate (antidepresive, anxiolitice, neuroleptice, timoreglatoare) cu rezultate inconstante. Antidepresivele (non triciclice sau serotoninergice) s-au dovedit cel mai constant eficiente, mai ales când comorbiditatea este legată de tulburări de dispoziție.

În Franța, metilfenidatul (Ritaline) a obținut autorizația de punere pe piață (AMM) pentru indicația de „tulburări hiperkinetice” și prescrierea sa trebuie să

fie făcută respectând reguli stricte: prescrierea de către un medic specialist din spital (psihiatru sau pediatru) pe o rețetă de substanțe toxice pentru o durată de maximum 28 de zile. Înnoirea este posibil de făcut de către un medic generalist pentru maxim un an. Posologia este progresiv crescândă cu 0,3 mg/kg în două prize la masa de dimineață și de prânz; posologiile maxime sunt cuprinse între 40 și 60 mg/zi în funcție de greutate, adică 4-6 comprimate de Ritaline cu câte 10 mg pe comprimat. În Franța, prescrierea este uneori făcută discontinuu (întreruptă în week-end și în perioadele de vacanță școlară), în timp ce în Statele Unite se face de obicei continuu.

O susținere psihoterapeutică sau reeducativă este adesea propusă fie ca prima intervenție fie în asociere cu un tratament psihotrop: reeducarea psihomotorie sau ortofonică (individuală sau în grupuri mici), psihoterapie în special când copilul prezintă manifestări anxioase sau depresive.

4.5. — BAZE TEORETICE SUBIACENTE: CONSECINȚE

În pofida schimbărilor succesive de denumire, Tulburarea Deficitară de Atenție rămâne pe direcția teoretică a acestei „nebulose sindromice” proprie autorilor anglo-saxoni, mai ales americani.

De când a fost definit, acest sindrom a cunoscut o extensie majoră deoarece în medie jumătate din copiii consultați în serviciul de psihiatrie au primit acest diagnostic în Statele Unite.

Ni se pare interesant să plasăm acest sindrom într-o evoluție istorică. Mai întâi izolat, pornind de la tablouri care au constituit sechele ale unor episoade neuropsihologice certe, dar cu localizare difuză, acest sindrom a cuprins apoi un ansamblu de simptome a căror heterogenitate este extremă. Chiar dacă autorii recunosc că nu găsesc întotdeauna o leziune organică, existența acestora din urmă constituie aprioricul teoretic pe care se construiește acest sindrom. Cu toate că, în afara unor rare excepții, nu există în general o relație cauzală directă între tipul de disfuncție neurologică cunoscută și tulburările de comportament precise, invers este cel puțin hazardat, ca în fața tulburărilor de comportament diverse să presupunem existența leziunilor cerebrale chiar minore. Cercetările unui „indice biologic” au fost toate negative.

Printre ipotezele etiologice reținute, în afara afecțiunilor neurologice deja citate (infecțioase, toxice sau traumatice) care au fost la originea acestui sindrom, autorii au citat un factor genetic, patologie fetală și neonatală. În plan patogenetic, ipoteza avansată este aceea a unei disfuncții fiziologice, probabil a metabolismului mono-aminergic (amfetaminele cresc concentrația de mono-amine), dar rezultatele cercetărilor rămân inconstante. Pentru mulți psihiatri francezi validitatea acestui

sindrom rămâne incertă, pentru că foarte frecventa „comorbiditate” conduce la interogații asupra limitelor sale. Nici o concepție psihodinamică nu este luată în considerare, iar posibilele legături dintre instabilitate, neatenție, anxietate și depresie rămân să fie înțelese ca simple coincidențe. La fel ca și relațiile cu mediul familial și social, interacțiunile eventuale dintre exigențele mediului și răspunsul copilului sunt rar luate în considerare.

În ceea ce ne privește, observăm un ciudat paralelism între succesul pe care îl cunoaște în prezent acest sindrom și succesul pe care l-au cunoscut, acum ceva timp, alte teorii cum ar fi degenerescența mintală cu conceptul de copil caracterial (Magnan) sau debilitatea motrice (Dupré), la care de altfel nu s-a făcut niciodată referință. De asemenea, lucrările a numeroși autori asupra instabilității psihomotorii și, la un alt grad, a dispraxiei, nu sunt niciodată nici utilizate, nici menționate.

Astfel denumirile succesive: „Minimal Brain Injury”, „Minimal Brain Dysfunction”, „Hyperkinetic Syndrome” rămân legate de o înțelegere foarte restrictivă a conduitei copilului: fiecare „dezordine” a unei conduite este a priori legată de un factor etiologic precis și univoc într-o înlănțuire causală lineară formând o „entitate” închisă în ea însăși. Multiplă particularități ale copilului datorate maturizării sale, dependenței de mediu, dar și faptului că psihismul său este în curs de structurare, par a fi ignorate, ca și abordarea psihodinamică, care dă un sens acestor conduite, altul decât acela al unui simplu „deficit”.

Subliniem în același timp, pentru a concluziona, că în cazurile în care simptomele sunt intense, majore și invalidante, prescrierea amfetaminelor (în Franța metilphenidat-ul) antrenează o ameliorare rapidă și incontestabilă permițând adesea punerea în act a unui tratament relațional susceptibil să fie urmat în bune condiții și cu beneficii incontestabile pentru copil acolo unde înainte absența ameliorării conducea adesea la rupturi terapeutice premature.

BIBLIOGRAFIE

- AMADO G.: *Les enfants difficiles*. PUF, Paris, 1955.
 CANTWELL D.P.: Hyperactive children have grown up. What have we learned about what happens to them? *Arch. Gen. Psychiatry*, 1985, 42, 1026-1028.
 CANTWELL D.P.: Attention Deficit Disorder: a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1996, 35, 978-987.
 CONNERS K.: *Conners Abbreviated Symptom Questionnaire*, North Tonawanda N.Y.: Multi Health Systems, 1994.
 CRABTREE L.M.-J.C.: *Minimal Brain Dysfunction in Adolescents and Young*

Adults, diagnostic and therapeutic perspectives. *Adolescent Psychiatry*, 1981, 9, 307-320.

DIATKINE R.: L'enfant prépsihotique. *Psychiatrie enf.*, 1969, 12 (2), 413-446.

DIATKINE R., SIMON J.: *La psychanalyse précoce*. PUF, Paris, 1972, 1 vol.

DOPCHIE N.: Le syndrome hiperkinétique. *Psychiatrie enf.*, 1968, 11 (2), 589-619.

DSM-III: *Trouble déficitaire de l'Attention*. Edition Française, Masson éd., Paris, 1983, 1 vol.

GIBELLO B.: Dysharmonie cognitive. *Rev. de neuropsychiatrie infantile*, 1976, 24 (9), 439-452.

HECHTMAN L., WEISS G., PERLMAN T., TUCK D.: Hyperactives as Young Adults: various clinical outcomes. *Adolescent Psychiatry*, 1981, 9, 295-306.

JEAMMET Ph.: A propos des dysharmonies évolutives de l'enfant. *Psychiatrie enf.*, 1978, 21 (2), 639-648.

KERNBERG O.: *Les troubles limites de la personnalité*. Privat, Toulouse, 1979.

LANG J.L.: Les dysharmonies d'évolution. *Psychanalyse à l'Université*, 1977, 2 (6), 283-307.

LANG J.L.: *Aux frontières de la psychose infantile*. PUF, Paris, 1978.

LANG J.L.: Les organisations caractérielles, psychotique et perverses. In: *Introduction à la psychopathologie infantile*. Dunod, Paris, 1979, 250-310.

MARCELLI D.: *Les états limites en psychiatrie*. PUF, Collection Nodules, Paris, 1981.

MARCELLI D.: Le clivage dans les prépsychoses de l'enfant. *Psychiatrie enf.*, 1981, 24, 2, 301-335.

MICOUIN G., BOUCRIS J.-Cl.: L'enfant instable ou hyperkinétique. *Psy. Enf.*, 1988, 31, 2, 473-507.

Mises R. (sous la direction de): Les dysharmonies évolutives de l'enfant. *L'information psychiatrique*, 1977, 53 (9).

NUMERO SPECIAL: L'enfant avec hyperactivité et déficits associés. *ANAE*, 1996, 3, 5-35.

PELHAM W.E.: Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for disruptive behavior disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1992, 31, 210-218.

PINE F.: On the concept „Borderline” in children: A clinical essay. *Psychoanalytic study of child*, 1974, 29, 341-368.

SWANSON J.M.: SNAP-IV Scale. Irvine C.A.: University of California Child Development Center, 1995.

THIVIERGE J.: Les troubles par déficit attentionnel. *Neuropsych. Enf. Ado.*, 1985, 33, 8-9, 401-403.

TOUZIN M., LE HEUZEY M.F., MOUREN-SIMEONI M.C.: Hyperactivité avec déficit

de l'attention et troubles des apprentissages. *Neuropsych. Enfance Adolesc.*, 1997, 45, 9, 502-508.

WENDER P.H., EISENBERG L.: Minimal Brain Dysfunction in children. *In: American Handbook of Psychiatry*. Second Edition, vol. 2, 130-146. Basic Books Inc., New York, 1974.

WIDLOCHER D.: Etude psychopathologique des états prépsychotiques. *Rev. neuropsychiatrie infantile*, 1973, 21 (12), 735-744.

WIDLOCHER D.: Les états-limites: discussion nosologique ou réflexion psychopathologique. *Prospective psychiatrique*, 1979, 70 (1), 7-12.

WOLRAICH M.L., HANNAH J.N., PINNOCK T.Y., BAUMGAERTEL A., BROWN J.: Comparison of diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder in a country-wide sample. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1996, 319-324.

PARTEA A PATRA

COPILUL
ÎN MEDIUL SĂU

21 STRES ȘI TRAUMATISM. FACTORI DE RISC ȘI TULBURĂRI REACTIVE SAU DE ADAPTARE

A patra parte a acestei cărți este consacrată studiului copilului în mediul său familial, școlar, social, cultural. Vom aborda principalele situații care, prin însăși existența și natura lor, par să modifice comportamentul și funcționarea psihică într-o manieră tranzitorie sau durabilă. Este evident că această distincție este parțial artificială, cu atât mai mult când copilul este mic. Totuși, experiența clinică arată în mod constant că expunerea la anumite situații provoacă apariția de conduite deosebite la unii copii (dar nu la toți, acest punct este o problemă majoră), conduite care nu ar fi apărut în absența celui eveniment. Aceasta ne conduce să definim traumatismul și stresul, pe de o parte, evenimentele de viață și patologia reactivă sau tulburarea de adaptare, pe de altă parte, între aceste două categorii apărând noțiunile de competență, reziliență și vulnerabilitate.

1. — STRES ȘI TRAUMATISM

1.1. — PUNCTUL DE VEDERE FENOMENOLOGICO-DESCRIPTIV

Dintr-un punct de vedere pur descriptiv, un traumatism psihic (excludem din acest paragraf consecințele neuropsihologice ale traumatismelor fizice, mai ales ale traumatismului cranian) corespunde unui eveniment susceptibil de a determina moartea, care implică amenințarea cu moartea sau care provoacă răni și leziuni corporale majore ale copilului (sau ale apropiaților lui). Evenimentul traumatizant poate fi o catastrofă naturală (cutremur, incendiu sau inundație brutală etc.), o catastrofă umană (accident de avion, de tren, de autocar, de mașină), un act

delincvent (act terorist, luare de ostatici, răpire, viol) sau o situație de război. În mod deosebit la copil, vom insista asupra evenimentelor traumatice care-l afectează pe cei apropiați și al căror spectator e copilul: moarte brutală într-un accident, răni grave, eveniment spectaculos de tip incendiu, venire a pompierilor sau a Salvării etc.

În fața acestor evenimente, poate să apară o reacție imediată, **reacția acută la stres**, exprimată la copil printr-un comportament agitat și dezorganizat sau, invers, printr-o atitudine rigidă cu atenție forțată și în orele sau zilele următoare o anxietate majoră, dificultăți de somn, coșmaruri, o atitudine retrasă sau agitată. Această reacție imediată poate să fie tranzitorie (de la câteva zile la maximum patru săptămâni) pentru ca apoi să dispară, dar ea poate să și persiste sub forma unei stări de stres posttraumatic (vezi paragraful 1. 3).

Să reamintim că pentru Selye această reacție (fizică și psihică) la stres corespunde unei programări genetice și că patologia provine dintr-un exces de producție de substanțe specifice (adrenalină etc.).

1.2. — PUNCTUL DE VEDERE PSIHODINAMIC

Cu totul alta este concepția traumatismului din punct de vedere psihodinamic. P. Janet interpreta deja frecvența experiență disociativă consecutivă unui traumatism ca rezultat al unei debordări fiziologice, o hiper-trezire și care se afla la originea tulburărilor de memorie. O dată cu S. Freud, noțiunea de traumatism ocupă un loc central în teoria psihanalitică. El definește traumatismul mai întâi ca pe o experiență trăită, sursă a unei excitații atât de mari încât mijloacele normale și obișnuite nu pot fi suficiente, ceea ce determină apariția unor tulburări (definiția economică). „Par-excitatele” a suferit, din cauza traumatismului, o efracție pe care toată energia psihică va încerca s-o îndiguiască. Astfel, prima teorie a nevrozei îi acordă traumatismului infantil real un rol crucial: seducția sexuală reală exercitată de un adult asupra copilului va fi mai întâi refuțată, dar, ulterior, la vârsta adultă, un eveniment fortuit poate să-i dea retroactiv o semnificație traumatică. Totuși Freud va renunța apoi la realitatea externă a „traumatismului”: într-adevăr toți copiii suferă ei oare o seducție sexuală reală din partea adulților?

În „Inhibiție, simptom, angoasă”, situația traumatică devine internă: este numită traumatică situația în care Eul se teme de a fi fără apărare.angoasa este semnalul de alarmă: rolul său este de a evita apariția acestei situații traumatice. În consecință, excitațiile pulsionale interne devin tot atât de „traumatice”, cât și amenințările externe. În această ultimă ipoteză, accentul este pus pe fantasmele

în sine și nu pe viața reală. Din acest moment, situația traumatică se caracterizează prin faptul că Eul este debordat în capacitățile lui de apărare: „esența unei situații traumatice ține de suferința resimțită de «Eu» în fața acumulării excitației, indiferent de originea externă sau internă” (A. Freud). Nevroza traumatică (de origine externă) este ilustrarea clinică a primei situații, iar nevroza infantilă (de origine internă) ilustrarea celei de a doua.

Acest ultim model, cel al nevrozei infantile (v. cap. 17, 3.2.), va căpăta apoi o asemenea importanță încât va avea tendința să acopere modelul nevrozei traumatice, aceasta din urmă fiind de altfel conceptual dominată de precedenta: excitația secundară traumatismului, debordantă și nelegată, ia retroactiv sensul unei frici de castrare și retrimite astfel la organizarea fantasmatice internă.

La copil, experiența clinică arată frecvența situațiilor zise traumatice și dezorganizarea psihică care poate să rezulte de aici. Când vrem să reperăm situațiile traumatice regăsim cele două definiții date de Freud: exces de stimulare și debordare a capacităților de adaptare ale Eului, sau prevalența a fantasmele care amenință integritatea Eului.

În consecință, vor fi numite „traumatice” două tipuri de evenimente:

Pe de o parte, sunt traumatice situațiile și evenimentele care intră în rezonanță cu dorințele sau fricile fantasmatice actuale ale copilului în funcție de nivelul său de maturizare. Astfel, o neînțelegere sau o separare parentală, în plină perioadă oedipiană, poate să meargă direct în sensul dorinței oedipiene și să suscite o culpabilitate intensă (v. cap. 22, 3.1.). În acest caz realitatea vine să întărească în mod nefericit imaginarul (creând o confuzie între înăuntru/în afară, fantasmă/realitate), ceea ce poate să determine o regresie și chiar o dezorganizare gravă. „Aceste traumatisme exterioare devin interioare dacă intră în raport, sau coincid, cu realizarea deangoase profunde sau de fantasme de dorințe sau atunci când le simbolizează” (A. Freud). În zilele noastre, tindem să renunțăm la termenul „traumatic” pentru descrierea acelor situații și a consecințelor lor care sunt mai degrabă numite patologii reacționale sau tulburări de adaptare (v. paragraful 3), pentru a evita confuzia cu următoarele.

Pe de altă parte, sunt traumatice evenimentele de o asemenea natură sau intensitate încât depășesc capacitățile de adaptare ale Eului copilului. Această definiție care ține cont de organizarea psihică internă duce la subdivizarea acestei categorii de evenimente astfel:

— cele care în ochii unui terț observator nu ar reprezenta în mod necesar un „traumatism”; în schimb, copilul resimte o stare de suferință majoră care are efect de traumatism: exemplul tip este reprezentat de violențele fizice între părinți **sub ochii copilului**. O asemenea situație e **întotdeauna** traumatică, în sensul că depășește capacitățile Eului copilului de a face față acestei situații (se pot descrie

două tipuri de reacție la copil: 1) refuzul de a vedea și de a auzi, cu atitudini de retragere, de fugă, ducând deseori la o incapacitate ulterioară de a face față situațiilor de conflict, de violență și de stres prin exces de refulare; 2) atenția forțată, cu o atitudine de siderare scotofilică ducând ulterior la o căutare activă de situații de conflict marcată de un exces de clivaj al Eului...);

– cele care, prin brutalitatea, masivitatea și violența lor, par să munde într-o manieră sistematică, capacitățile subiectului de „a face față” (coping). Pentru aceste ultime situații ar trebui rezervați termenii de stres și traumatism.

1.3. — SINDROMUL DE STRES POST-TRAUMATIC LA COPIL

Introdus încă din 1980 în clasificările DSM, sindromul de stres post-traumatic survine în săptămânile care urmează unui traumatism grav pe care copilul l-a suferit (de exemplu, răpire) sau al cărui spectator a fost. Parametrii care trebuie luați în calcul pentru a evalua reacția sunt numeroși: natura traumatismului, intensitatea și durata expunerii, eventuala repetiție, vârsta și sexul copilului (fetele ar prezenta mai multe simptome decât băieții), nivelul de maturitate psihologică, calitatea legăturilor familiale, nivelul socio-economic și cultural, reacția individuală sau de grup (când ansamblul unei clase suferă un traumatism: accident de autocar...) (Pfefferbaum B., 1997).

Anchetele epidemiologice evaluează prevalența punctuală a stării de stres post-traumatic în Statele Unite între 1 și 14 % (Kessler și *colab.*, 1995) și a prevalenței pe viață până la 18 ani la aproximativ 6 % (Giaconia și *colab.*, 1995).

Ca și la adult, această stare cuprinde trei categorii de manifestări:

- un sindrom de repetiție;
- manifestări de evitare;
- simptome de hiperreactivitate neurovegetativă, care totuși la copil pot avea particularități semiologice.

Să reamintim că aceste tulburări durează mai mult de o lună și încep în primele trei luni după traumatism. Ansamblul duce la o stare de suferință psihică care afectează capacitățile de adaptare.

Sindromul de repetiție

Mai mult decât reviviscenta-reminiscenta traumatismului însuși, se pot observa la copil:

- jocuri repetitive, în care o parte a traumatismului este pusă în scenă (jocuri cu mașini mici cu accident, jocuri de păpuși cu agresiune etc.);

- desene, în care revine aceeași temă într-o manieră repetitivă;
- coșmaruri cu conținut cu atât mai imprecis cu cât copilul e mai mic;
- reacții uneori inadecvate prin intensitatea lor cu ocazia unei povești sau a unei istorisiri imaginare (la școală sau acasă);

Manifestările de evitare

Este vorba despre:

- refuzul de a merge cu un anumit mijloc de transport;
- refuzul unui traseu, al unui loc care seamănă sau poate să conducă la locul traumatismului;
- refuzul de a se separa de figurile de care este atașat cu o angoasă de separare, putând lua aspect de adevărate fobii școlare.

Celelalte manifestări descrise la adult (scăderea interesului, sentiment de detașare, tocare afectivă, sentiment de viitor eșuat...) sunt observate mai rar.

Hiperreactivitatea neurovegetativă

Ca și la adult, se pot observa:

- dificultăți de adormire, treziri nocturne;
- iritabilitate, accese coleroase;
- dificultăți de concentrare cu scăderea eficienței școlare;
- hipervigilență;
- reacții de alarmă exagerate la zgomet, la surpriză.

Sindrom sau simptome?

Sindromul de stres post-traumatic nu e totuși întotdeauna complet. Se pot întâlni toate stările intermediare de la reacții limitate la un domeniu sau la un comportament (de exemplu coșmaruri intense, cotidiane sau izolate, copilul păstrând în timpul zilei o atitudine calmă și chiar uneori cumințe; sau jocuri repetitive mai ales când copilul e singur) până la sindromul complet.

În plus, sunt frecvent asociate (comorbiditate) simptome de anxietate, de depresie, iar la copilul mai mare sau preadolescent consumul de substanțe (alcool, tutun, hașiș).

Prezența acestor simptome pune sub semnul întrebării validitatea actualei entități.

Abordarea psihopatologică actuală pare a se limita la o corelare a evenimentului cu simptomele, chiar dacă este evident că noțiunea de nevroză traumatică (v. mai jos) își păstrează interesul. Pe plan neuroendocrin, foarte puține lucrări au căutat la copil corelări endocrine (Pfefferbaum, 1997).

Abordări terapeutice

În realitate, sensibilizarea clinicianului la un răspuns terapeutic apropiat reprezintă interesul clinic esențial al acestei descripții clinice. Într-adevăr, ansamblul autorilor sunt de acord în a considera că răspunsul terapeutic este important. El trebuie să fie precoce. El cuprinde:

- o terapie individuală: terapie de susținere prin joc, psihoterapie scurtă de inspirație analitică, mai rar terapie comportamentală la copil. Jocul, desenul chiar psihodrama se pretează deosebit de bine la o repunere în scenă a traumatismului și la „abreacția” sa prin intermediul clarificărilor terapeutului. De asemenea a putut fi propusă relaxarea;

- o terapie de grup este indicată în mod deosebit atunci când mai mulți copii s-au confruntat împreună cu un traumatism (accident școlar), știind totuși că sunt posibile fenomene de contagiune (Gillis, 1993);

- o terapie familială, în cazul în care membrii familiei au fost implicați, poate permite lupta împotriva atitudinilor de evitare, de negare, ajutându-l astfel pe copil să-și exprime dificultățile, ceea ce lui îi este frecvent greu să facă în fața disconfortului sau a suferinței pe care o percepe la apropierea săi;

- o prevenție școlară pe baza unor grupe de informare, de schimb și de discuție, eventual cu tehnici de jocuri de rol sau de povestiri, este utilă când traumatismul afectează un grup de copii;

- în schimb, este indicată o atitudine rezervată în ceea ce privește prescripția de psihotrope chiar dacă unele au putut fi utilizate punctual într-un scop pur simptomatic.

2. — EVENIMENTE DE VIAȚĂ ȘI FACTORI DE RISC

Pe lângă traumatismele descrise anterior, „evenimente de viață” foarte diferite pot reprezenta tot atâția factori de risc: numim „factori de risc” toate condițiile existențiale la copil sau în mediul său înconjurător, care antrenează un risc de morbiditate mentală superior celui observat în populația generală prin intermediul anchetelor epidemiologice. Acești „factori de risc” sunt astăzi bine cunoscuți:

- la copil, putem astfel să cităm: prematuritatea, suferința neonatală, gemelaritatea, patologia somatică precoce, separările precoce, o boală somatică cronică;

- în familie, putem cita: separarea parentală, neînțelegerea cronică, alcoolismul, boala cronică, mai ales a unui părinte, cuplul incomplet (mama celibatară), decesul;

- în sfârșit, în societate, putem cita: mizeria socio-economică, situația de migrant.

Aceste variabile nu sunt independente. Ele se întăresc frecvent prin efecte cumulative: de exemplu, mizeria socio-economică și prematuritatea.

Totuși se constată că natura situației patologice este variabilă: ea se pretează mai mult sau mai puțin analizei epidemiologice sau individuale. Astfel putem distinge:

- evenimente punctuale și reperabile (spitalizare, separare parentală, deces, naștere a unui frate mai mic, mișcare migratorie);

- situațiile cronice și durabile (insuficiență socio-economică, climat familial degradat) sau care au efecte prelungite (prematuritate).

Asamblarea „factorilor de risc” ne conduce la stabilirea scărilor de evaluare a riscurilor și a stresurilor și a unor „profiluri de riscuri” care ar trebui să aibă, conform autorilor lor, o valoare predictivă.

Totuși, majoritatea studiilor care definesc „factorii de risc” sunt retrospective, pornind de la o situație deviantă deja dovedită. În schimb, studiile prospective nu au avut același succes: „nici un factor specific de risc nu ne permite să prezicem psihopatologia ulterioară. Din toate privințele, a fi născut și a fi crescut în mizerie amenință dezvoltarea în normalitatea sa. Totuși, chiar acest fapt indiscutabil lasă fără soluție două probleme importante. Mai întâi, predicția este statistică și nu individuală. Nu se poate prezice cine va fi perturbat sau va scăpa și cu atât mai puțin tipul sau gravitatea patologiei. În al doilea rând, nu se știe la ce vârstă sau în ce perioade sărăcia acționează asupra funcționării copilului.” (S. Escalona).

Când ții cont de diferenții „factori de risc” definiți de anchetele retrospective pentru a pune la punct o anchetă prospectivă, ajungi în unele cazuri să înscrii până la 60% dintre copii ca fiind copii cu risc (Hersov), ceea ce anulează avantajele depistării selective, majorează serios limitele metodei și riscă să desemneze și să stigmatizeze o parte întreagă a populației fără beneficiu real pentru aceasta.

De altfel, o psihopatologie manifestă în mica copilărie nu prezice în mod necesar o inadaptare ulterioară. Astfel, putem considera că studiul factorilor de risc prezintă un interes epidemiologic cert, evidențiind factori psihosociali implicați în suferințele psihice; dar, la polul opus, el are un interes restrâns pentru evaluarea prognostică a unui individ. Așa cum subliniază A. Freud „copilul este mai puțin vulnerabil decât procesul de dezvoltare însuși”. Noțiunile de competență, de reziliență și de vulnerabilitate caută să depășească simpla evaluare a unui presupus „potențial înăscut” pentru a lua în considerare mai mult capacitățile de a face față (coping), atât ale copilului cât și ale familiei, necesităților epigenezei.

2.1. — COMPETENȚĂ ȘI REZILIENȚĂ

Hartmann evocase deja o anumită „precapacitate de adaptare” a Eului, depinzând de echipamentul neuro-senzorial de bază (memorie, percepție, mobilitate etc.). Această expresie tinde să fie înlocuită în zilele noastre de cea de competență, care ține cont nu numai de echipamentul de bază, dar și de plasticitatea de adaptare a nou-născutului la mediul său înconjurător, de capacitățile lui de adevărate la maternajul pe care-l primește, de facultățile sale de a găsi în sine însuși mijloacele de a se stabili (de exemplu „consolabilitatea”).

Această competență (v. definiția, cap I) se referă atât la manipularea obiectelor, cât și la capacitățile de interacțiune. Pe lângă noțiunea de competență, noțiunea de coping (a face față) sau de stăpânire este evocată frecvent: „capacitate de a învinge activ un obstacol născut din exigențe interioare, din stresul mediului înconjurător și din conflicte între presiuni interne și din mediul înconjurător” ... (Solnit).

Numeroase studii au arătat, datorită punerii la punct a unor scale de evaluare precise, extrema precocitate a apariției acestei competențe ca și variabilitatea sa de la un copil la altul, chiar la gemeni homozigoți (Cohen). Cu titlu de exemplu, Scala de Evaluare a Primei Săptămâni (First Week Evaluation Scale) ține cont de: sănătatea generală, atenția, funcționarea și adaptarea biologică, vigoarea, calmul și performanța neurologică. Dar scala care pare a fi cea mai utilizată este cea a lui T. B. Brazelton. Această „Scală de Evaluare a Comportamentului Neonatal” are drept scop să catalogheze comportamentul interrelațional al nou-născutului, adică să evalueze competența sa interactivă. Ea cuprinde 27 întrebări cu privire la comportament, notate de la 1 la 9, și 20 de reacții provocate, notate de la 1 la 3. În plus, sunt definite șase stări de vigilență ale nou-născutului. Caracteristica acestei scale este de a se fonda pe reacția cea mai performantă a sugarului și nu pe media reacțiilor (aceasta semnifică mai ales că unele reacții nu vor fi căutate decât în cursul stării de vigilență adecvate). Fiabilitatea acestei Scale pare satisfăcătoare în mâini antrenate. Această scală prezintă un dublu interes:

- în domeniul cercetării, ea permite comparații și evaluări mai fine decât simplul APGAR, asupra stării nou-născutului după modalitățile de naștere (de exemplu compararea unor nou-născuți care au primit medicamente anestezice prin intermediul mamei lor cu cei care nu le-au primit);
 - în domeniul clinic, Scala Brazelton permite deja o evaluare a unor nou-născuți, mai ales când s-au născut în condiții dificile (prematuri) și de a judeca „irritabilitatea” lor, capacitatea lor de retragere sau „consolabilitatea” lor.
- Mai recent, noțiunea de reziliență este folosită pentru a defini rezistența la

patologie la unii indivizi confrunțați cu factori de risc particulari. Această reziliență poate să aibă două origini: una internă subiectului cu competența sa proprie și cealaltă externă cu factori de protecție sau de rezistență la patologie.

2.2. — VULNERABILITATEA

Această a doua noțiune derivă inițial din lucrările lui Freud și a fost reluată de Bergman și Escalona prin intermediul ipotezei unei bariere protectoare împotriva „stimulilor”. Pentru acești autori, această „barieră” prezintă o grosime variabilă în funcție de copii. În unele cazuri, bariera e prea subțire, de unde o sensibilitate excesivă fără posibilitatea de a se proteja împotriva intruziunilor sau greselilor inevitabile ale exteriorului; în alte cazuri, bariera e prea groasă și mai ales prea etanșă, de unde o sensibilitate defectuoasă care nu permite Eului copilului să treacă prin experiențele precoce bune necesare. Această vulnerabilitate este în același timp de origine constituțională genetică, dar și construită prin structurarea epigenetică progresivă. Cu valoare de exemplu, în fața constatării mai marii frecvențe a tulburărilor psihopatologice în straturile cele mai defavorizate ale populației, nu trebuie să uităm, așa cum subliniază Erlennmeyer-Kimling, posibila interacțiune a acestor două serii de factori. Într-adevăr, „atât vulnerabilitatea genetică cât și un stres excesiv se regăsesc cu o frecvență disproporționată în straturile inferioare ale societății, dar faptul de a ajunge într-o situație inferioară poate de asemenea să scadă capacitatea individului de a face față la stres”. Vulnerabilitatea care evocă sensibilitățile și slăbiciunile patente sau latente, imediate sau amânate, poate fi înțeleasă ca o capacitate (sau o incapacitate) de a rezista la constrângerile mediului înconjurător. Pe lângă dimensiunea genetică imposibil de negat, construcția epigenetică a vulnerabilității poate fi înțeleasă ca rezultatul percepției de către sugar și apoi de către copil a posibilității sale de a anticipa evenimentele și de a le modifica cursul prin propria sa competență sau, dimpotrivă, a incapacității sale majore de a influența cât de cât cursul evenimentelor. Cazul copiilor victime ale abuzurilor ilustrează dezvoltarea epigenetică a acestei vulnerabilități.

În concluzie, pe lângă factorii de risc propriu-zis, sunt astfel definite variabile complementare: competența care reprezintă capacitățile de adaptare activă ale sugarului, ale copilului, la mediul său înconjurător, vulnerabilitatea (sau invulnerabilitatea) care rezultă din capacitățile sale de apărare pasivă, reziliența care descrie factorii interni și externi de protecție.

3. — PATOLOGIA REACȚIONALĂ ȘI TULBURAREA DE ADAPTARE

Patologia reacțională (CFTMEA) sau tulburarea de adaptare (CIM 10, DSM-IV) reprezintă manifestarea clinică presupusă a fi consecutivă evenimentelor de viață și factorilor de risc (v. mai jos). Este astfel definită „o stare de suferință și de perturbare emoțională care tulbură în mod obișnuit funcționarea și performanțele sociale, apărând în cursul unei perioade de adaptare la o schimbare existențială importantă sau la un eveniment stresant”.

Pe de-o parte, aceste manifestări clinice apar la puțin timp după eveniment (în cele trei luni care urmează: DSM-IV) și, pe de altă parte, ele par a fi dependente de acesta (se presupune că nu ar fi apărut în absența evenimentului).

3.1. — CLINICA

Simptomele pot fi variabile (anxietate, tulburări de somn, instabilitate, scăderea performanței sau eșec școlar, manifestări depresive, tulburări de comportament: furt, fugă...). CFTMEA și CIM 10 optează de fapt pentru absența descrierii semiotice. În schimb, DSM-IV enunță mai multe subtipuri în jurul manifestărilor depresive, anxioase și a tulburărilor de conduită. În toate cazurile, la copil această tulburare trebuie deosebită de anxietatea de separare patologică.

3.2. — CONSIDERAȚII ETIOLOGICE

Tulburările reacționale sau de adaptare, prin prezența lor imposibil de negat, se opun la două conceptualizări reducționiste: cea conform căreia „totul e organic” și cea conform căreia „totul e psihodinamic”, unde regăsim seria obișnuită a cuplurilor antitetice (exogen/endogen, psihogenetic/organogenetic, funcțional/organic): opoziția dintre depresia reacțională exogenă psihogenă și depresia endogenă organogenetică reprezintă caricatura lor.

Tulburările reacționale sau de adaptare impun astfel să se țină cont, pe lângă determinismul biologic sau psihologic, de o a treia categorie de factori: cei ai mediului.

Totuși, aceste trei categorii nu sunt independente. Definiția pe care o dăuse Jaspers „reacției adevărate” ca fiind aceea „*al cărei conținut este în raport comprehensibil cu evenimentul, care nu s-ar fi născut fără el, și a cărei evoluție*

depinde de eveniment și de raporturile sale cu el” nu mai apare ca o asimetrie ideală, ci ca o realitate clinică.

Cu copilul al cărui psihism este în evoluție și maturizare constantă, o reacție suscitată de un eveniment extern va putea dispărea în același timp cu acel eveniment fără ca evoluția maturativă normală să fie vreodată influențată.

3.3. — ABORDARE PSIHPATOLOGICĂ

Revenim astfel la opoziția dintre stres (înțeles ca o reacție programată genetic) și traumatism (înțeles ca o stare de copleșire a capacităților de adaptare). Primul ar defini o reacție tranzitorie fără legătură cu construcția epigenetică a subiectului; cel de-al doilea ar descrie inscripția unei urme în istoria subiectului, urmă care poate să rămână silențioasă sau să devină zgometoasă în funcție de exigențele de dezvoltare ulterioare.

De fapt, experiența clinică, pe de-o parte, câteva studii longitudinale, pe de altă parte, par a arăta relativa persistență a tulburării: la trei până la cinci ani după un diagnostic inițial de tulburare de adaptare, două treimi dintre copii și adolescenți prezentau încă tulburări ale atenției, tulburări anxioase, comportament de opoziție, personalitate evitantă etc. (Cantwell și Baker, 1989).

Aceste manifestări arată că un punct de vedere pur situațional trebuie să fie depășit în favoarea unei înțelegeri care să țină cont de dinamica interiorizării conflictului și de importanța potențialei fixări a acestei interiorizări asupra dezvoltărilor (v. paragraful 1.2.).

3.4. — CONCLUZIE

Natura evenimentelor de viață, stres și factori de risc ar trebui să facă obiectul unei mai mari atenții deosebindu-se evenimentele unice, punctuale, care nu implică persoanele apropiate și valorile familiei (de exemplu un accident de autobuz, o confruntare cu o scenă violentă ca un furt...) și, pe de altă parte, evenimentele care durează și se repetă, implicând persoanele apropiate și valorile familiei (de exemplu scene de violență familială, o situație de migrant, o boală cronică sau decesul unei persoane din familie...).

Dacă în primul caz o tulburare de adaptare poate să apară tranzitoriu și apoi să dispară „fără sechele”, în cel de-al doilea caz lucrurile stau cu totul altfel: apare uneori factice să regrupăm sub același nume manifestări clinice cert identice, dar al căror grad de interiorizare și influență asupra proceselor de dezvoltare vor fi deosebit de diferite.

BIBLIOGRAFIE

- ANTHONY E.J., CHILAND C., KOUERNIK C.: *L'enfant a haut risque psychiatrique*. PUF, Paris, 1980, 1 vol., 550 p.
- ANTHONY E.J., CHILAND C., KOUERNIK C.: *L'enfant vulnérable* (serie de articole). PUF, Paris, 1982, 1 vol., 506 p.
- BRAZELTON T.B.: Echelle d'évaluation du comportement néonatal. *Neuropsychiat. Enf.*, 1983, 31, 2-3, 61-96.
- CANTWELL D.P., BAKER L.: Stability and natural history of DSM-III childhood diagnosis. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1989, 28, 691-700.
- ESCALONA S.K.: Programmes d'intervention pour les enfants à haut risque psychiatrique. In: *L'enfant a haut risque psychiatrique*. PUF, Paris, 1980, 61-73.
- FREUD S.: *Inhibition, symptôme, angoisse*. PUF, Paris, 1951.
- GIACONIA R.M., REINHERZ H.Z., SILVERMAN H.B., PAKIZ B., FROST A.K., COHEN E.: Traumas and post-traumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1995, 34, 1369-1380.
- GILLS H.M.: Individual and small-group psychotherapy for children involved in trauma and disaster. In: *Children and disasters*, Saylor C.F. ed., New York: Plenum, p. 165-186.
- HERSOV L.A.: Risque et maîtrise chez l'enfant: les facteurs génétiques et constitutionnels et les premières expériences. In: *L'enfant à haut risque psychiatrique*. Anthony-Chiland-Kouernik. PUF, Paris, 1980, 91-102.
- KESSLER R.C., SONNEGA A., BROMET E., HUGHES M., NELSON C.R.: Post-traumatic stress disorder in the national comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1995, 52, 1048-1060.
- NAGERA H.: *Les troubles de la petite enfance*. PUF, Paris, 1969.
- PELUCIER Y.: Réaction et troubles de la personnalité. *Conformité psychiatrique*. Spécia, Paris, 1974, 12, 7-17.
- PFEFFERBAUM B.: Post-traumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997, 36, 1503-1511.
- SOULÉ M., SOULÉ N.: Les troubles réactionnels en psychiatrie de l'enfant. *Confrontations psychiatriques*, Spécia, Paris, 1974, 12, 63-80.

22 COPILUL ÎN FAMILIA SA

Acest capitol abordează studiul copilului în familia sa. Deși evoluția culturală este foarte rapidă, familia nucleară, adică ansamblul tată-mamă-copil, rămâne modul de organizare socială cel mai frecvent în societatea noastră occidentală: continuă să servească drept model și de referință în pofida numeroaselor critici care i se adresează.

A studia acest subiect înseamnă nu numai să vorbești despre copilul real, dar și despre copilul așa cum există el în dorința și în fantasmele mamei, tatălui și ale cuplului parental. Aceasta e echivalent cu a pune o dublă întrebare: ce este „dorința de a avea un copil”? Ce acoperă „funcția parentală”? Locul pe care-l ocupă copilul într-o familie provine în același timp din imaginarul parental (copilul pe care, dinainte de concepția sa, părinții îl au în minte), dar și din maniera în care copilul real se mulează pe acest imaginar, dat fiind competențele sale proprii (bebelușul interactiv, vezi p. 40) și din posibilul și imposibilul travaliu psihic parental de reamenajare fantasmatică (doliul copilului din fantasmă pentru a se adapta la copilul din realitate). Dorința de copil, așa cum este resimțită conștient de unul și/sau celălalt dintre părinți, variază la infinit în motivațiile și expresiile sale: a-și dovedi fertilitatea, a-și afirma statutul de adult, a dori să fie însărcinată, a dori un băiat, o fată, a dori un copil cu acest partener, a face ceea ce vor părinții, a încerca să-și trateze o depresie, o neînțelegere în cuplu, înlocuirea unui copil pierdut etc. Aceste motivații conștiente maschează în realitate dispozițiile preconștiente și inconștiente ale adulților în situația de a fi părinți: ele se situează chiar în centrul problematicii oediene și a înscrierii fiecăruia în destinul său. Copilul trebuie astfel să-și găsească locul în dinamica psihică a individului (ținând cont de problematica oedipiană a fiecăruia), a cuplului (care frecvent concretizează prin intermediul copilului un ideal viitor), a familiei (care îi înscrie pe toți ai săi în mitologia familială). Înțelegem complexitatea „funcției parentale”, imposibilă meserie zicea Freud, date fiind fațetele sale multiple.

În ceea ce ne privește, ne propunem să distingem trei ordini de parentalitate care organizează fiecare un ax relațional principal, chiar dacă în realitatea clinică

TABEL VII.— *Reprezentare schematică a diferitelor tipuri de parentalitate*

Tip de parentalitate	Ordine tehnocratică	Ordine capitalistă	Ordine simbolică
<i>Funcție</i>	Să crești un copil	Să ai un copil	Să fi părinte
<i>Știința fondatoare</i>	Puicultura	Ginecologia Obstetrica	Etinologia Religia
<i>Persoane implicate</i>	Mamă/Copil	Tată/Mamă/Copil	Familie/Copil
<i>Tip de relație</i>	Diadică	triunghiulară sincronică	Transgenerațională diacronică
<i>Tip de bebeluș</i>	Bebeluș interactiv	Bebeluș fantasmatic	Bebeluș imaginar
<i>Fantasma activă</i>	Fantasma de seducție	Fantasma scenei primitive	Fantasma originilor

Această complexitate explică și eșuările multiple ale funcției parentale. Fără să credem într-o cauzalitate simplistă de tip linear, este evident că „familia” joacă un rol fundamental atât în dezvoltarea normală cât și în apariția de condiții psihopatologice. Nu există practic nici un capitol în această carte în care să nu se facă implicit referință la contextul familial: tulburare psihosomatică precoce, bălbăială, psihoză a copilului etc. Obiectul acestui capitol nu este să regrepeze aici aceste axe psihopatologice diverse. Nu am reținut decât perturbările în care familia apare ca factor causal esențial. Vom aborda astfel succesiv problema carenței afective, apoi deviațiile patologice ale relației părinți-copii (copii victime ale maltratării fizice, părinți bolnavi mintal, copii victime ale incestului sau incestuoși); în sfârșit, problemele ridicate de familiile incomplete sau în criză (divorț, mamă celibatară), pentru a sfârși cu adopția.

1. — CARENȚA AFECTIVĂ

Carența afectivă a făcut obiectul unor cercetări importante din anii 1940 până în anii 1960, într-o epocă în care eficacitatea terapeutică nou obținută mai ales datorită antibioticelor a permis să privim mai critic condițiile de creștere ale sugariilor, supuse până atunci la imperative de igienă foarte riguroase. Lucrările

aceste trei „ordini” sunt larg dependente una de cealaltă, cu atât mai dependente cu cât ne situăm în registrul normalității. Vom descrie astfel foarte succint ordinea tehnocratică, ordinea capitalistă, ordinea simbolică și le vom regropa într-un tablou sintetic (v. tabelul).

Ordinea tehnocratică constă în a crește un copil. Știința care se ocupă cu aceasta este puicultura și mai ales în zilele noastre etologia umană. Este vorba despre bebelușul real interactiv, cu care adultul este confruntat într-o relație diadică al cărei prototip rămâne relația mamă-copil. Fantasma care impregnează această ordine este „fantasma de seducție”, a cărei expresie conștientă este întrebarea pe care și-o pune orice mamă: „oare voi fi capabilă să mă ocup de acest copil?”, ceea ce la nivel inconștient s-ar putea traduce prin: „voi fi capabilă să-mi seduc copilul?”.

Ordinea capitalistă trimite la dorința sau la nevoia de a avea un copil. Știința care se ocupă în primul rând de aceasta este ginecologia-obstetrica, cuprinzând și derivatele sale cele mai recente marcate de tehnice „moderne” de procreare artificială. Avem aici bebelușul fantasmatic cu care adultul se confruntă, cel care vine să ocupe loc în nevroză oedipiană a fiecăruia în sânul unei relații triangulare sincronice al cărei prototip este relația tată-mamă-copil. Fantasma care impregnează această ordine este „fantasma scenei primitive”, iar una dintre expresiile sale conștiente este „voi putea avea un copil?”, ceea ce la nivel inconștient s-ar putea traduce prin: „voi fi capabilă să iau locul mamei/tatălui meu în camera parentală?”.

Ordinea simbolică înseamnă să fii părinte. „Știința” care corespunde acestei ordini ar putea fi etnologia și religia. Este vorba aici despre bebelușul și apoi copilul imaginar, cel pe care părinții proiectează să-l înscrie în istoria familială, în sânul unei relații triangulare diacronice transgeneraționale al cărei prototip este relația dintre bunici-părinți-copii. Fantasma care impregnează această ordine este „mitul originilor”, iar una dintre expresiile sale conștiente la părinți în legătură cu copilul lor este întrebarea: „ce va deveni el/ea oare?” și al cărei ecou este la copil „de unde provin eu?”.

Observațiile precedente sunt mai întâi repere destinate să arate complexitatea acestei funcții parentale. În numeroase culturi aceste diverse ordine de parentalitate nu sunt întotdeauna asumate de aceleași persoane: genitorii nu sunt în mod necesar cei care cresc copilul, nici cei pe care copilul îi numește „tată” sau „mamă”. O dată cu adopția, plasamentul în instituție sau în familie de primire, tehnicile de procreare artificială, se observă și în societatea noastră această disjunctie între faptul de a avea un copil, de a crește un copil sau de a fi părinte. Totuși, în majoritatea cazurilor, conjuncția acestor trei ordini de parentalitate asupra acelorși persoane poate să fie considerată drept una dintre caracteristicile societăților noastre occidentale: complexitatea astfel evidentă a funcției parentale se află ea oare la baza complexității crescânde a acestor societăți?

lui L. Bender, L. Despert, ale lui Spitz în Statele Unite, ale lui A. Freud, ale lui Bowlby în Anglia, ale lui J. Aubry, ale lui M. David în Franța, sunt dovezi ale interesului față de această problemă. În zilele noastre, noțiunea de carență a îngrijirilor maternelor își păstrează un loc privilegiat, dar într-o optică ușor modificată: într-adevăr, nu mai este vorba astăzi să ne îndoim sau să contestăm nocivitatea condițiilor de creștere în instituție descrise de Spitz, ale plasamentelor prelungite, ale spitalizărilor repetate (frecvent din motive superficiale); în schimb atenția se îndreaptă acum asupra ceea ce am putea numi „hospitalismul intrafamiliar”, în familii care par a nu putea da sugarului sau copilului lor diversele stimulări necesare. Aceste „familii-problemă”, „familii cu risc”, sau „familii fără calități” reprezintă noul câmp al acțiunii medico-sociale.

1.1. — DEFINIȚII

Carența afectivă este multiplă, atât în natura cât și în forma sa. Este imposibil să o definim într-o manieră echivocă pentru că trebuie să ținem cont de trei dimensiuni în interacțiunea mamă-copil:

- insuficiența de interacțiune care trimite la absența mamei sau a substitutului matern (plasament instituțional precoc);
- discontinuitatea legăturilor care pune în cauză separările, oricare ar fi fost motivele lor;
- distorsiunea care caracterizează contribuția maternă (mamă haotică, imprevizibilă).

1.2. — CLINICĂ

Nu există semiologie proprie copilului în starea de carență afectivă, cu excepția poate a tabloului descris de Spitz sub numele de „hospitalism” și a cărei raritate actuală trebuie să o recunoaștem.

Carența afectivă produce efecte variabile în funcție de natura sa (insuficiență, distorsiune sau discontinuitate), dar și în funcție de durata sa, de vârsta copilului, de calitatea maternajului care l-a precedat. Toate aceste variabile explică diversitatea semiologică evolutivă și prognostică observată în tablourile grupate probabil greșit sub numele de carență afectivă. A fost propus termenul mai general de dezaferentare deoarece este mai neutru (Ajuriaguerra).

Vom studia separat efectele proprii celor trei mari tipuri de carențe pe care le-am definit: claritatea didactică cere această distincție, chiar dacă, în clinică,

interferențele sunt frecvente, ca și efectele cumulative: de exemplu, discontinuitatea legăturilor se asociază deseori cu carența prin distorsiune.

Semiologia carenței prin insuficiență: hospitalismul și carența parțială

Să reamintim că, în lucrarea sa princeps, Spitz a comparat dezvoltarea psihoafectivă a două populații de copii. Pe de-o parte, copii cu mame delincvente într-o instituție penitenciară: fiecare mamă, în ciuda patologiei sale, se ocupa de copilul său în timpul zilei cu ajutorul unei infirmiere competente. Pe de altă parte, copii plasați în orfelinate, primind îngrijiri igienico-dietetice fără cusur, dar lipsindu-le toate contactele umane calde în marea parte a zilei. Reacția de hospitalism se observă în cea de-a doua populație, și nu apare în prima decât după o separare de mamă.

Spitz a descris trei faze: faza de plâns, faza de geamăt, de pierdere în greutate și de oprire în dezvoltare, faza de retragere și de refuz al contactului, ajungând la tabloul de „depresie anaclitică”, deja descris în cap. 18, 1.3.

Pe plan metodologic, această lucrare a fost criticată din cauza absenței explorărilor somatice complementare. Anumiți pediatri au emis astfel ipoteza conform căreia copiii descriși de Spitz erau în realitate în perioada de incubaj a unei maladii infecțioase sau erau poate atinși de encefalopatii evolutive. Dar aceasta nu schimbă cu nimic extraordinara funcție de sensibilizare pe care această lucrare a avut-o în epocă.

Actualmente, instituțiile care se ocupă de sugari au conștientizat în majoritatea lor pericolele carenței afective: s-au depus peste tot eforturi pentru a limita numărul persoanelor (uneori foarte crescut dacă facem efortul să-l evaluăm cu precizie) care vin în contact cu copilul, pentru a favoriza contactele maternelle, și mai ales pentru a evita plasamentele instituționale. Se poate considera astăzi că, în țările occidentale, hospitalismul descris de Spitz a devenit o raritate.

În schimb, se întâmplă să descoperim în sânul familiilor neglijente cazuri de „hospitalism intrafamiliar” tipice, uneori ignorate mult timp inclusiv de către medicii generaliști. Prea frecvent, încă, se întâlnesc fie în anumite instituții, fie în familii cazuri de carență afectivă sau de **hospitalism parțial**. Acești sugari bine descriși de G. Appel (1982, 1983) prezintă un ansamblu de manifestări simptomatice difuze care trebuie bine cunoscute, pentru că unele comportamente pot să-l inducă în eroare sau să-l liniștească în mod fals pe clinician. Această **carență parțială** se observă tipic la sugarii între 5/6 luni și 2-3 ani. Se pot observa:

- frecvența tulburărilor cu aspect psihosomatic și/sau a infecțiilor intercurrente: otite, rino-faringite, răceli, vărsături. Uneori se observă un retard staturo-ponderal;
- tonusul copilului este specific, cu un fel de corp „clivă”, hipertonic în

jumătatea superioară, hipotonic în jumătatea inferioară: membrele superioare sunt în extensie, pumnii închiși (frecvent degetul mare este în interiorul pumnului închis, ceea ce este un semn foarte caracteristic de lipsă de stimulare la prindere, în jocul cu obiectele); membrele inferioare sunt hipotonice, în rotație externă, uneori în extensie; mișcările de pedalare, atât de caracteristice copiilor la această vârstă când sunt bucurioși, lipsesc în general;

– copilul este uneori ca „agățat de degetul mare” pe care-l suge cu un aer absent timp îndelungat;

– poate să fie dificil să-i întâlnești privirea, care pare să „plutească” și să fie atrasă ca un fluture de tot felul de detalii având unele dificultăți să se centreze pe interacțiunea cu adultul;

– există o facilitare aparentă de contact, copilului plăcându-i să fie purtat, agățat de un adult. Totuși o analiză mai fină arată caracterul nediferențiat al acestui contact, inclusiv la o vârstă la care copilul este reticent în fața unui străin în mod normal. Copilul care suferă de carență parțială pare să ia „orice adult care este la îndemână sa”;

– în interacțiunea propriu-zisă, în spatele ușurinței aparente de contact, constatăm o pasivitate, o supunere la interacțiune. În afara faptului de a fi purtat în brațe, copilul nu pare a fi activ în schimbul respectiv. De exemplu, există puțin sau nu există deloc activitate exploratorie a feței adultului ca la sugarul normal; în schimb, poate să se arate foarte repede intolerant la cea mai mică frustrare, mai ales dacă începe să fie mângăiat; atunci poate să devină „capricios”, „coleric” în ochii adulților;

– apoi, dacă dezvoltarea motorie este în general satisfăcătoare (poziție așezată, deplasare în patru labe, mers), dezvoltarea „socială” este în general aproape întotdeauna întârziată. În mod deosebit apare o întârziere în dezvoltarea limbajului (între 2 și 4 ani); interacțiunile sociale de joc cu copiii de aceeași vârstă sunt în general sărace și, când există, sunt dominate îndeosebi de schimburi agresive (acceptarea și toleranța la partaj sunt în general inexistente).

Dacă nu sunt tratate cauzele acestei carențe parțiale, acești copii vor putea dezvolta ulterior tablouri mai complexe în registrul unei dizarmonii de evoluție (v. cap. 18, 2.2).

Carența parțială și, *a priori*, hospitalismul intrafamilial participă la o formă de maltratare a copilului și necesită intervenții medico-sociale specifice (v. cap. 26, 3.).

Semiologia discontinuității legăturilor: separarea

Separarea mamă-copil rămâne un eveniment prea frecvent în condițiile de viață actuale, deși i se cunosc urmările nefaste. Bowlby a descris cele trei stadii ale reacției la separare:

- faza de protest;
- faza de disperare;
- faza de detașare;

Într-o perspectivă psihodinamică este posibil să interpretăm aceste trei faze după cum urmează:

- protest: expresie a durerii și a suferinței;
- disperare: manifestare a depresiei și a doliului;
- detașare: travaliu psihic de apărare și de reconstrucție.

Această reacție este deosebit de intensă la copilul de la 5 luni la 3 ani; repetarea separărilor pare de asemenea a fi foarte nocivă, deoarece copilul dezvoltă rapid o sensibilitate extremă și o angoasă permanentă care se traduce printr-o dependență excesivă de mediul său înconjurător (reacția de **atașament angosat** descrisă de Bowlby). În afara manifestărilor legate direct de separare se observă, mai ales când se prelungește separarea:

- o oprire frecventă a dezvoltării afective și cognitive cu căderi uneori spectaculare ale QD și QI;
- perturbări somatice: mare fragilitate la infecții, îmbolnăviri frecvente;
- tulburări psihosomatice (anorexie, enurezis, tulburări de somn);
- simptomatologia descrisă în cadrul depresiei și asupra căreia nu vom reveni aici;
- la copilul mai mare, dificultățile de adaptare la școală, tulburările de comportament sunt obișnuite.

Evoluția depinde de vârsta la momentul separării și de durata acesteia. Ainsworth a rezumat într-o manieră pertinentă acești factori într-un raport OMS:

1. *Repararea daunelor care rezultă dintr-o separare frustrantă de scurtă durată pare să fie destul de rapidă și destul de completă în ceea ce privește comportamentul în condiții obișnuite. Există totuși motive de a considera că subiectul rămâne vulnerabil la amenințările de separare care ar putea interveni mai târziu: în alți termeni, ar exista cel puțin o daună „mascată” care interzice să se vorbească de reversibilitate completă.*

2. *Suprimarea carenței, chiar după experiențe frustrante destul de prelungite în prima copilărie, poate să ducă la o ameliorare rapidă și considerabilă a comportamentului manifest și a funcțiilor intelectuale generale: totuși, apariția vorbirii poate să întârzie, deși carența se oprește înainte ca subiectul să fi atins vârsta de douăsprezece luni, și nu se poate exclude posibilitatea existenței unor efecte asupra altor aspecte specifice ale proceselor intelectuale și ale funcțiilor personalității atât timp cât cercetări aprofundate nu vor fi făcut lumină asupra acestor aspecte.*

3. *Atunci când este gravă și prelungită, când debutează la începutul primului an de viață și persistă timp de trei ani, carența are în general efecte foarte*

grave și care par ireversibile atât asupra proceselor intelectuale, cât și asupra personalității.

4. Atunci când încep în cursul celui de-al doilea an de viață, episoadele de carență gravă și prelungită au asupra personalității unele efecte defavorabile, care sunt în același timp profunde și durabile, dar afectarea inteligenței pare a fi în general complet reversibilă.

5. Efectele vârstei, la începutul și la sfârșitul experienței de carență, condiționează incontestabil reversibilitatea daunei, dar ele nu se cunosc destul de detaliat pentru a fixa limitele precise pentru un anumit proces la o fază sensibilă a dezvoltării.

6. Într-o manieră generală, se poate spune că, cu cât sugarul este mai puțin avansat în primul său an de viață în momentul în care carența a luat sfârșit (și deci cu cât carența a fost mai puțin lungă), cu atât dezvoltarea ulterioară va avea șanse să fie normală; după primul an, cu cât copilul era mai în vârstă când a debutat carența, cu atât repararea daunei cauzate de o experiență de o anumită durată va fi ușoară și completă.

7. Anumite alterări par a fi mai greu și mai puțin reversibile decât altele; este cazul celor care afectează funcția verbală, funcția de abstracție și aptitudinea de a lega atașamente interpersonale profunde și durabile.

8. O psihoterapie intensivă, mai ales practică când copilul este încă foarte tânăr, permite frecvent atenuarea considerabilă a unor efecte foarte grave pe care simpla suprăimare a carenței nu reușește să le facă să dispară.

9. Episoadele ulterioare de insuficiență, de distorsiune sau de discontinuitate a relațiilor interpersonale pot să întreprină sau să facă să reapară alterări care, altfel, ar fi fost mai mult sau mai puțin complet reversibile.

Semiologia carenței prin distorsiune: familiile-problemă

Dacă efectele absenței relației sau separării mamă-copil sunt bine cunoscute, este mai recentă atenția îndreptată asupra familiilor care trăiesc în condiții socio-economice dificile, familii în care riscurile de morbiditate fizică și mentală par deosebit de ridicate pentru copii. Într-adevăr, din diverse anchete epidemiologice realizate pe o scară destul de mare, rezultă în mod regulat o constată: „singura populație cu risc crescut care să fie definită este constituția de copii crescuți într-o mizerie intensă și cronică” (Escalona).

Profilul acestor familii nu este desigur univoc, dar se regăsesc constant unele trăsături. La nivelul cuplului parental, mizeria socială cronică este constantă; inserția profesională a șefului de familie mereu aleatorie și instabilă. Istoria cuplului prezintă numeroase rupturi și noi uniuni mai mult sau mai puțin tranzitorii. Alcoolismul, violența relațiilor dintre adulți sunt obișnuite. Este rar ca familia să fie incompletă, constituită doar de figuri materne (bunică, mamă și

copii), dar, în schimb, figurile masculine ocupă frecvent un loc anex (șomaj, absență prelungită, invaliditate, spitalizare...).

Rareori copiii au o dezvoltare normală. Fratriile sunt numeroase. Distanțele dintre nașteri todeauna scurte și scurte și de incidentele obstetricale ale mamei. În mica copilărie, manifestările simptomatice ale carenței parțiale nu sunt rare. Uneori predomină manifestările atașamentului anxios. În toate cazurile, episoadele somatice și carențele de îngrijire sunt pe prim plan chiar dacă unii bebeluși par a beneficia de aport afectiv suficient.

Formă particulară de maltratare a copilului, această „neglijență” trebuie să facă obiectul unei intervenții de îngrijire a copilului și de acțiuni medico-sociale la nivelul familiei, cu atât mai mult cu cât numeroși autori semnalează o rată a mortalității infantile mai ridicată decât media, oricare ar fi cauzele (Diatkine).

La copilul de vârstă preșcolară și școlară, limbajul este constant perturbat, uneori cu retard masiv: tulburări de articulare, dar și sărăcie a stocului verbal, agramatism (neutilizare a „eu”-lui, proastă utilizare a pronumelor). Dificultățile intelectuale sunt constante: majoritatea copiilor se situează în zona de debilitate limită sau ușoară (QI între 55 și 85), în timp ce prima dezvoltare s-a efectuat normal. O dată cu vârsta, tulburările de comportament sunt frecvente, amestecând uneori inhibiția și/sau retragerea cu atitudini de prestață sau comportamente antisociale. Nu este de mirare constanța eșecului școlar.

Psihozele infantile nu par să fie deosebit de frecvente în această populație, ca și organizările nevrotice bine structurate. În schimb, patologia comportamentală, trecerea la act sunt frecvente. Acest tip de simptomatologie asociat cu dizarmia cognitivă evocă patologia „limită” descrisă în cap. 20, I.

Viitorul îndepărtat este dominat de posibilitățile de adaptare socială: riscul de marginalitate, de delincvență și de psihopatie este deosebit de mare. Se regăsește frecvent în istoria adolescenților devianți, acest context de „familie-problemă”, cu obișnuita devalorizare de sine, absența de ideal satisfăcător al Eului și eșecuri foarte primitive în investigația narcisică a selfului.

Abordare psihopatologică

Fiecare tip de carență descris mai sus trimite, se pare, la o perioadă critică specifică și pune în joc mecanisme psihopatologice diferite.

În carența prin insuficiență, rolul lipsei de aport afectiv libidinal este prevalent. La adult, dezaferențarea senzorială totală (experiență de depravare) poate să provoace, se știe, tulburări serioase de tip „halucinoză”, tulburări uneori însoțite de o anumită obnubilare și de o stare confuzională. În același timp, subiecții caută activ o sursă exterioră de stimulare și de companie într-un climat de anxietate care poate să fie viu. Nu trebuie desigur să facem o echivalență

directă între privarea senzorială tranzitorie și reversibilă a unui adult cu psihismul deja structurat și trăirea unui sugar în situație de carență afectivă și/sau senzorială. Totuși, pentru Lebovici și Soulé, „*situația de izolare a aferențelor produce o deplasare în care echilibrul dintre datele interioare, proprio și exteroceptive se face în detrimentul ultimelor și în favoarea primelor. Această modificare de echilibru dinamic modifică frontierele Eului și alterează sentimentul identității personale*”. De altfel, după Spitz, pulsunile agresive nemaigăsind obiect pentru descărcarea lor, se întorc spre Eul sugarului într-o epocă în care Eul este încă prea dezorganizat pentru a fi putut să ia corpul drept obiect de investigație libidinală (narcisism secundar): aceasta ar explica absența sau epuizarea rapidă a autostimulărilor, apoi starea de mizerie fiziologică.

Psihopatologia separării, mai ales când s-a stabilit o legătură afectivă (după 5-6 luni) trimite la problematica pierderii de obiect (v. depresia cap. 18). Totuși, pentru Bowlby, frustrarea provocată de nesatisfacerea nevoii primare de atașament ar explica reacția de furie, apoi de ostilitate la adresa figurii frustrante.

În ceea ce privește carența prin distorsiune, factorii sociologici, economici și chiar politici au în mod evident o responsabilitate foarte importantă; nu se pune problema să-i negăm. De fapt, serviciile sociale se întreabă mereu asupra utilității acțiunii lor când nu iau în calcul această dimensiune. Totuși o abordare individuală evidențiază perturbări particulare la nivelul funcționării psihice.

Pentru G. Diatkine, o parte dintre aceste tulburări, mai ales dificultățile cognitive, ca și întârzierea în vorbire, ar fi imputabile principalelor moduri de comunicare intrafamilială. Astfel, în aceste familii se observă o dispariție a tuturor cuplurilor antitetice în jurul cărora se structurează nu numai viața, dar și gândirea copilului: noapte/zi, foame/sațietate, prezență/absență, curat/murdar, lipsă/satisfacție, iubire/ură..., nu au semnificație: copilul este hrănit când adultul se gândește la aceasta, este culcat sau trezit la orice oră, adulții apar sau dispar fără motiv, se iubesc sau se bat alternativ. Copilul nu pare niciodată investit ca și individ; într-adevăr, ansamblul fratrii constituie cel mai frecvent și într-o manieră mai mult sau mai puțin indistinctă, sprijinul narcisic necesar părinților (ceea ce explică dificultățile în a accepta o contraccepție regulată și eficace). Această absență totală de repere, neputința completă în care se găsește copilul de a putea modifica sau doar de a spera să-și modifice mediul, par să golească de orice sens utilizarea proceselor mintale. De asemenea, în fața angoasei permanente, a traumatismelor fără sfârșit, neorganizarea psihică, cu o simplă adaptare de suprafață, pare să fie calea cea mai puțin periculoasă.

Pe plan structural, într-adevăr, acești copii care trăiesc în sânul unor familii-problemă nu par să fi putut diferenția Supraeul lor (rămas totdeauna foarte arhaic, apropiat de Supraeul matern primitiv atotputernic) de idealul Eului

(marcat înainte de toate de vid, absență și neputință). Această carență narcisică de bază este negată tot timpul fie prin adaptarea fragilă de suprafață, fie prin trecerea la act: ea va rămâne frecvent, în timpul vieții copilului și mai ales a adolescențului și a viitorului părinte, falia fundamentală care determină reproductivitatea acestei patologii de la o generație la alta: adultul devenit părinte nu va avea nici o imagine parentală interiorizată pe care să se bazeze, își va investi copiii ca suport narcisic și va reproduce situația de carență.

2. — PATOLOGII AFFECTIVE ȘI MINTALE ALE PĂRINȚILOR

Boala mintală a unuia sau a ambilor părinți constituie „un factor de risc” cert, dar a cărui pondere este diferit apreciată. Aceste fluctuații depind de rigoarea utilizată pentru diagnosticul psihiatric al părinților. Astfel, cu titlu de exemplu, riscul de boală mintală la un ascendent în caz de psihoză infantilă variază între 0% și 43,3%, în ultimul caz, autorul (Bender) reține ca diagnostic: schizoidie probabilă.

Luarea în considerare a tulburărilor de natură nevrotică fac evaluarea dificilă datorită subiectivității criteriilor alese: totuși, este cert că perturbările psihoafective la părinți/părinți sunt statistic corelate cu apariția de tulburări de comportament.

Cu titlu de exemplu vom trata succesiv cazul părintelui/părinților psihotic(i), apoi pe cel al părintelui/părinților deprimat(i).

2.1. — PĂRINȚI PSIHOTICI

Evaluare — Statistică

Pentru Rosenthal, riscul de morbiditate la copil este de 10% cu un părinte schizofren și de 30% cu cei doi părinți schizofreni.

Evaluarea pe termen lung pare să arate că riscul pentru copil sau pentru viitorul adult nu este identic: copilul manifestă mai frecvent o patologie externalizată de tip comportamental, viitorul adult cu un părinte psihotic pare, dimpotrivă, să sufere de tulburări psihiatrice sau de psihoze. Corelația între tulburările din timpul copilăriei și tulburările de la vârsta adultă nu este strictă.

Natura psihozei parentale are o incidență asupra tulburărilor copiilor. Astfel se pare că psihozele în care copilul este „înglobat” în preocupările patologice (halucinații, seducții, agresiuni sau deliruri: exemplul cel mai tipic fiind cel din

„folie à deux“, nebunia în doi) provoacă perturbări importante la copil; în schimb psihozele parentale caracterizate mai ales prin autism și replierea pe sine crușă mai mult copilul (Anthony).

În sfârșit, este evident că vulnerabilitatea (v. cap. 21, 2.2) este foarte variabilă de la un copil la altul.

Aspecte clinice

În primele zile, interacțiunile dintre mama psihotică și bebelușul său par a fi profund perturbate. Din partea mamei, imposibilitatea de a vedea copilul real face ca nevoile proprii ale copilului să nu fie recunoscute. În ceea ce privește copilul, se observă frecvent figuri grave, cu o privire îngrijorată, un fel de hipervigilență, o motricitate controlată, puține comportamente de apel. Este ca și cum acești sugari ar acționa pentru a se proteja și a o proteja pe mama lor. Cel mai frecvent nu există nici o regularitate în îngrijirile cotidiene, care apar haotice, incoerente, inadecvate, răspunzând mai mult la impulsurile mamei decât la nevoile sugarului (M. Lamour). Este posibil ca aceste interacțiuni precoc și foarte perturbate să lase urme interiorizate deviate.

La copilul mai mare, manifestările clinice nu sunt de obicei specifice pentru psihoza parentală; se notează totuși o supraprezentare a patologiei numită „externalizată”: tulburări de comportament, instabilitate, trecere la act, labilitate a atenției, prin comparație cu o patologie internalizată (inhibiție, fobie).

În câteva cazuri, copiii prezintă comportamente apropiate de psihoza parentală. Anthony descrie astfel episoade „micropsihotice”, de câteva zile sau săptămâni, de tip microschizoid, microparanoid sau hebefrenic, apărând la copiii frecvent instabili, agitați și anxioși.

Să cităm în sfârșit cele câteva cazuri de „delir indus” sau „nebunie în doi” când copilul este inclus în delirul unuia dintre părinții săi. Tema delirantă este întotdeauna bazată pe persecuție; Lasèque sublinia încă din 1877 partea de verosimilitate necesară pentru ca delirul în doi să existe.

Hipermatunitatea (Bourdier) sau supranormalitatea (Anthony) se observă frecvent (10% din cazuri): fie hiperinvestiție școlară și intelectuală, cu amenințare de prăbușire bruscă, fie atitudine de calm, de retragere și de conformism, dar cu prețul unei limitări a afectelor.

Ipoteze psihopatologice

Pentru Anthony, apariția de tulburări la copilul de părinte psihotic, mai ales în cazul delirului indus, poate fi considerat ca un echivalent de psihoză simbiotică cu „o lipsă de separare intrapsihică, o regresie de la un nivel de individualizare la o stare de medierare a reprezentărilor obiectelor și a sinelui. Separat, Pine evocă internalizarea mai mult sau mai puțin completă a psihozei parentale, din

cauza atașamentului copilului față de mama sa. În cazul mai deosebit al delirului indus, reperul nosografic (copilul „indus” delirează el oare cu adevărat?) ar merita să fie abandonat în favoarea unei abordări a funcționării mentale: numeroase trăsături de comportament ale copiilor răspund în realitate la interiorizarea mai mult sau mai puțin completă a celor mai patologice procese mentale ale părinților lor psihotici. Trebuie evaluat gradul de interiorizare, mai ales prin studiul prevalenței mecanismelor arhaice de apărare (refuz al realității, clivaj, proiecție) și a permanenței lor.

În sfârșit, conformismul poate să fie înțeles ca investire defensivă a normalității cu constituirea unei personalități „as if”. Hiperinvestiția funcțiilor Eului (hipermaturitate) este posibilă atât timp cât exigențele pulsionale nu sunt excesive, dar această hiperinvestiție amenință întotdeauna să se prăbușească în caz de stres sau la adolescență.

2.2. — PĂRINTE(ȚI) DEPRIMAT(ȚI)

S-au înmulțit recent lucrările care analizează consecințele asupra unui copil de a fi avut unul sau ambii părinți deprimați. Trebuie să distingem de la început lucrările efectuate cu un scop epidemiologic și cele care încearcă să analizeze calitățile interacțiunii părinte-deprimat-copil. Două articole de fond (N. Guedeney, P. Ferrari) au analizat minuțios această problemă.

Studii epidemiologice

Din diversitatea lor, se degajă o constantă: copiii cu părinți deprimați sunt o populație cu risc psihiatric. În schimb, natura și importanța acestui risc este variabilă.

Riscul pentru tulburările dispoziției și tulburările anxioase a fost cel mai mult studiat, cu o frecvență de la 7 la 80%! Dar au fost descrise dificultăți foarte variate:

- tulburări de dezvoltare cognitivă;
- tulburări de comportament;
- tulburări de adaptare (mai ales dificultăți școlare și/sau dificultăți de învățare a unor deprinderi);
- tulburări foarte diferite din DSM-III-R.

Variabilitatea acestor rezultate cere prudență în interpretarea lor, mai ales în termeni de „cauzalitate genetică”. N. Guedeney analizează toate problemele metodologice prezente în diversele studii epidemiologice: recrutare a populației variabilă de la un studiu la altul făcând orice comparație aleatorie; talie a eșantioanelor foarte diferită și frecvent redusă; selecție criticabilă a populației

martor; mijloace de evaluare semiologică foarte diferite; absență de studiu pe termen lung; luare în considerare mediocră a momentului depresiei parentale în raport cu vârsta copilului etc.

Se înțelege că consecințele „depresiei parentale” asupra copilului depind de un număr foarte mare de parametri, ca: *a)* tată și/sau mamă bolnav/ă; *b)* durata depresiei; *c)* gravitatea depresiei; *d)* vârsta copilului în momentul depresiei părintelui; *e)* durata de expunere a copilului la această depresie; *f)* consecințele eventuale pentru copil a acestei depresii parentale sub formă de separare, plasare; *g)* prezență și/sau calitate a substitutelor etc.

În cazul mai deosebit al unei boli maniaco-depresive la unul dintre părinți (P. Ferrari, C. Hammen) se notează predominanța de tulburări depresive la copil sau de tulburări care pot fi echivalente depresive. Totuși, interpretarea acestor rezultate este dificilă pentru că trebuie să luăm în calcul atât componenta genetică, cât și modificările calității schimburilor intrafamiliale, în măsura în care marea majoritate a copiilor trăiesc în mediul lor natural. Studiile pe gemeni monoziгоți, dintre care unul este separat de mediul familial, arată o concordanță de aproximativ 65% în ceea ce privește „tulburările afective”, concordanță care cade la 14% pentru dizigoți (Gershon; Numberger și Gershon). Dar aceste studii care, în teorie, permit să distingem aportul mediului extern de impactul genetic, sunt și obiectul criticilor: dimensiune extrem de redusă a eșantioanelor, prezența copilului pentru „o perioadă de timp” în mediul natural înainte de a fi adoptat etc. (M. Carlier).

Studii calitative: interacțiunile părinte deprimat-copil

Calitatea schimburilor interactive dintre un părinte deprimat (mai ales mama) și copilul său constituie celălalt tip de analiză. Aceste cercetări se ocupă mai ales de nou-născut și de sugar. Ele au primit un impuls esențial plecând de la lucrările lui Tronick și colab. asupra impasibilității figurii materne (*Still-face*). Acest autor le cere mamei să păstreze o față impasibilă lipsită de expresie timp de trei minute, așezate în fața sugarilor lor. În această situație, sugarii de două luni încearcă mai întâi să inducă o interacțiune cu fața maternă, apoi, în fața eșecului, adoptă o atitudine de repliere, de disperare, cu o față a cărei expresie pare căzută și închisă. În schimb, sugarii de 5 luni după ce au încercat să inducă o interacțiune, încep să râdă și să facă tot felul de giumbușlucuri care declanșează foarte des râsul mamei, întrerupând experiența... Plecând de la această experiență princeps (1978) numeroase lucrări au arătat cât de mult sărăcia mimică a feței adultului poate să reprezinte pentru sugar un fel de „lacună” în jurul căreia el riscă să se organizeze (sau să se dezorganizeze).

Pe plan clinic, dificultățile întâmpinate de sugari par foarte variabile, cu tulburări psihosomatice frecvente: tulburări de somn, tulburări alimentare. Pentru

P. Ferrari ar exista o legătură statistic semnificativă între un episod depresiv major al mamei din timpul sarcinii și/sau în primul an de viață al copilului și, pe de altă parte, un autism la copil. Totuși, autorul insistă asupra naturii pur statistice a acestei legături, fără să aibă prejudecata unei cauzalități lineare reductoare.

Pe plan psihodinamic, se poate concepe că depresia gravă a partenerului interactiv principal al unui bebeluș riscă să reducă calitatea și diversitatea contribuțiilor afective, poate și mai mult suplețea și fluiditatea lor în cursul interacțiunii. În ceea ce privește bebelușul, confruntarea cu o mamă cu o alură rigidă poate să inducă modificări interactive care riscă să se transforme în scenarii fantasmatiche interiorizate durabil. Astfel, D. Stern descrie patru scenarii interactive posibile ale unui bebeluș confruntat cu o mamă deprimată: *a)* scenariu de „microdepresie”; *b)* scenariu de „reanimare a mamei”; *c)* scenariu de „căutare de autostimulare în altă parte”; *d)* scenariu de „stimulare inautentică”. În funcție de profunzimea depresiei, de capacitatea încă păstrată a mamei de a reacționa, de competența proprie, de vârsta lui... fiecare copil riscă să-și organizeze durabil conduitele sale interactive de abordare și apoi scenariile sale fantasmatiche.

Dacă, înțelegând fiind ca o sărăcire a interacțiunilor mamă-copil, depresia maternă nu determină în mod sistematic și linear o patologie depresivă la copil, ea nu provoacă mai puțin o „lipsă” interactivă despre care putem considera că va fi ulterior susceptibilă să creeze la copil o susceptibilitate particulară la toate evenimentele implicând o pierdere. Găsim aici o punte între interacțiunea observată și interacțiunea reconstituită (S. Lebovici). Aceasta întâlnește parțial ipotezele formulate de A. Green, plecând de la reconstituțiile apărute în analiza adulților. Imaginea „mamei moarte” este o imagine constituită în psihicul copilului în urma unei depresii materne. Această imagine a „mamei moarte” mobilizează o mare parte a energiei psihice a viitorului adult și menține o mare fragilitate narcisică.

Aceste ultime observații depășesc mult cadrul care ne privește pe noi, dar arată cât de mult depresia unui părinte are efecte durabile asupra copilului și asupra viitorului adult.

3. — FAMILII DISOCIATE, RECOMPUSE, MONOPARENTALE

În 1990, din 14,1 milioane de tineri sub 19 ani, două milioane de copii minori nu mai trăiau cu cei doi părinți genitori. Acest număr crește cu regularitate (8% între 1985 și 1990). 1 390 000 de minori de mai puțin de 18 ani trăiau

într-o familie monoparentală (v. 3.2), 750 000 de tineri de mai puțin de 19 ani (5,5% din total) trăiesc într-o familie recompusă (Desplanques G., 1993). Numărul de căsătorii scade cu regularitate (427 000 în 1972, 253 700 în 1994), în timp ce numărul de uniuni libere sau de familii monoparentale crește. Aceasta explică faptul că numărul absolut de divorțuri nu mai crește sensibil, chiar dacă divorțialitatea continuă să crească ușor (puțin mai mult de 30% în 1990).

În ceea ce privește copiii, când nu sunt cu cei doi părinți, cu cât sunt mai mici cu atât se găsesc mai mult într-o familie monoparentală (între 0 și 4 ani, doar 2,2 % dintre copii trăiesc într-o familie recompusă). Proportia copiilor care trăiesc într-o familie recompusă crește o dată cu vârsta: între 15-18 ani, 40% dintre copii care nu mai sunt cu părinții lor genitori trăiesc într-o familie recompusă.

În ceea ce privește familiile, 7,5% dintre mamele care trăiesc în cuplu cresc alți copii ca ai lor și 20% dintre familii nu răspund la schema clasică a cuplului care-și crește toți copiii și doar pe ei.

În familiile recompose, un milion de tineri de mai puțin de 25 de ani trăiesc fie cu frați sau surori vitrege (50%), fie cu copii ai părintelui vitreg.

În aceste familii recompose, copiii și mai ales adolescenții (11-15 ani) trăiesc mai frecvent în exteriorul familiei (internat, cămin, familie de primire) decât în cazul familiilor „clasice“.

3.1. — SEPARARE, DIVORȚ, NEÎNȚELEGERE PARENTALĂ

Din 1975, există în Franța trei tipuri de proceduri de divorț:

- divorțul prin consimțământ mutual, în care cei doi soți nu trebuie să dovedească o greșeală. Ei au, dacă doresc, un avocat comun, și scriu împreună o convenție care urmează să fie omologată de către judecător;
- divorțul pentru rupătură prelungită a vieții comune (mai mult de șase ani). Soțul nu poate să se opună divorțului, așa cum se întâmpla înainte;
- divorțul pentru greșeală: persistență a vechii proceduri.

Încă din 1978, procedura prin consimțământ mutual era utilizată în 40% din cazuri pentru ansamblul Franței și în 60% din cazuri în regiunea pariziană.

În spiritul legiuitorului, doar „interesul copilului“ ar trebui să influențeze modalitățile de încredințare, de vizită sau de adăpostire a copiilor. În comparație cu vechea lege, există o distincție clară între conflictul conjugal și funcția parentală: părinții au toată libertatea pentru a fixa modalitățile de viață ale copilului, judecătorul trebuind, înainte de toate, să vegheze „la interesul lui“.

Dificultățile psihologice pe care le prezintă copiii din părinți divorțați sunt variabile. Frecvențele lor sunt apreciate diferit: într-o populație de persoane care vin la consultația psihiatrică, se constată o supraprezentare de copii de părinți

divorțați. Totuși, trebuie să distingem aici divorțul, procedeu juridic, de neînțelegere, sistem de interacțiune familială (L. Despert: divorț afectiv). Neînțelegerea parentală, mai ales când include copiii, constituie un factor de morbiditate net superior divorțului.

Astfel, cu titlu de exemplu, Rutter (*Copilul cu risc*) studiază consecințele unei separări între copil și familia sa. Apariția tulburărilor de comportament se corelează mai puternic cu existența unei neînțelegeri parentale decât cu separarea: „*principiul factor de tulburare pe termen lung nu este separarea însăși, ci mai curând discordia familială asociată atât de frecvent cu separarea*“. Când copilul este plonjat în sânul unui conflict familial, un factor de prognostic bun este menținerea unei relații bune cu unul dintre părinți „*cei care aveau o relație bună erau parțial protejați împotriva efectelor nocive ale discordiei familiale*“. Autorul adaugă un punct esențial: „*se pare că nu există nici o diferență dacă relația bună este cu mama sau cu tatăl*“.

Astfel efectele cele mai nefaste se observă când conflictul parental precedând divorțul este intens, mai ales când include copiii, împiedicându-i pe aceștia să aibă o relație bună, atât cu mama cât și cu tatăl: pot într-adevăr să fie luați ca martori sau ostateci, considerați responsabili pentru neînțelegere, sau complici și confidenți ai unuia dintre părinți. Li se poate cere să se substituie unuia dintre părinți, sau să-l îngrijească pe cel care este deprimat (copil-medicament). Per total, mai mult decât divorțul însuși, natura neînțelegerii și locul copilului în sânul acestei neînțelegeri vor influența eventualele evoluții patologice.

Clinica însăși a tulburărilor este foarte variată: plângere hipocondriacă, acces de angoasă, episod anorectic sau de insomnie, tulburări de comportament (furt, fugă), eșec sau dezinteres școlar, stare depresivă, simptom nevrotic etc. Se pot observa toate conduitele patologice. Nici una nu apare ca fiind specifică. Această înseamnă că neînțelegerea parentală și divorțul reprezintă, în termeni epidemiologici, factori de morbiditate și de vulnerabilitate generală și nu factori etiologici preciși.

Pentru a fi înțeles, fiecare simptom trebuie deci să fie situat din nou în istoria copilului și a familiei sale, analizându-l în același timp în funcție de nivelul de dezvoltare atins în momentul conflictului și/sau al separării.

Abordare psihopatologică

Abordarea psihopatologică trebuie să țină cont de două date: pe de-o parte, realitatea situației trăite, aici neînțelegerea parentală, și maniera în care această realitate poate influența dezvoltarea copilului. Pe de altă parte, trebuie să luăm în considerare maturitatea fiecărui copil și sistemul specific de interacțiune familială căruia îi este supus. Acestea vor fi nivelurile succesive de înțelegere pe care le vom aborda pe scurt.

Efecte ale neînțelegerii și ale separării

În rare cazuri, copilul este menținut la o parte de neînțelegere, dar de obicei participă la ea, pasiv sau activ. Efectele acestei situații sunt variabile în funcție de vârstă, de maturitatea, de sensibilitatea sa. Totuși o asemenea discordie face din copil un element activ al cuplului și îl introduce mai mult sau mai puțin direct în intimitatea relațiilor parentale, ceea ce în organizarea lui fantasmatică poate să corespundă punerii în act a unei fantasme de scenă primitivă, să întărească sau să reactiveze ansamblul problematicii sale oedipiene. Să-ți vezi părinții opunându-se unul altuia, certându-se, separându-se, poate să constituie realizarea dorinței fantasmatiche incestuoase: să-l dai la o parte pe un părinte pentru a-l putea avea pe celălalt. Or, traumatismul psihic survine atunci când realitatea vine în întâmpinarea fantasmei și îi confirmă greutatea. Copilul în perioadă oedipiană și al cărui conflict este fie permanentizat, fie reactivat (mai ales la adolescență), se simte astfel vinovat de discordia parentală; această culpabilitate explică conduitele patologice observate.

În ceea ce privește separarea părinților, ea are consecințe diverse. În cel mai bun caz, copilul își păstrează ambii părinți, dar rolurile lor respective trec prin remanieri profunde. În condițiile actuale, mama obține custodia și responsabilitatea legală, în timp ce tatăl este ținut la distanță, devalorizat cel puțin în fapte. Dacă acesta în plus se complăce în atitudinea atât de frecventă de „tată-coleg”, el pierde atunci esențialul rolului său și al funcțiilor sale paternale. (Problema identității de gen, v. cap. 13.2.). În cel mai rău caz, unul dintre părinți poate să dispară total, cel care rămâne cu copilul furnizând numai informații parțiale, cel mai frecvent asupra elementelor negative ale personalității celui absent.

Aceste dificultăți centrate în jurul *menținerii sau trezirii problematicii oedipiene și a posibilităților de identificare* ale copilului cu părinții săi se observă bine în situațiile destul de „neutre” ale testului proiectiv. Astfel, Dugas și col., studiind testele Rorschach de copii de părinți divorțați crescuți de mama lor, ajung la concluziile următoare: oricare ar fi vârsta, imaginea tatălui apare frecvent, dar nu întotdeauna în planșele zise „paternale”. Este vorba cel mai frecvent de un tată grațiant, care hrănește, cald. Este prea puțin puternic, oferă puțină siguranță. Imaginea mamei în schimb este ambiguă, cu frecvente caracteristici falice. În toate cazurile, imaginea cuplului unit este deosebit de puternică, garată a legii. Acest „cuplu unit”, cel al unei uniuni utopice care supraviețuiește experienței relațiilor umane cele mai perturbante, pare a constitui „romanul familial” pe care-l țes de obicei copiii de părinți separați (Anthony): astfel, mulți copii continuă să vorbească despre părinții lor ca și cum ar trăi împreună (la școală, de exemplu). În afară de incertitudinile acestea în imaginile sexuate și în rolurile lor parentale respective, Dugas și col. observă de asemenea că perturbările sunt cu atât mai

importante cu cât copilul era mai mic în momentul separării și dacă vizitele tatălui sunt neregulate și imprevizibile (la limită, absența vizitelor pare mai puțin perturbantă decât neregularitatea lor).

Reacția copilului în funcție de dezvoltarea sa psihoafectivă

Conflictul și, apoi, separarea parentală au efecte deosebit de perturbante la nivelul problematicii oedipiene și al mișcărilor identificatorii ale copilului, apoi ale adolescentului. Aceste perturbări vor intra în rezonanță cu diversele etape ale dezvoltării psihoafective, creând ceea ce Nagera numește „imixțiuni în dezvoltare” și facilitând evoluții deviante mai mult sau mai puțin fixate.

Reacția inițială în fața neînțelegerii sau separării este mai întâi *anxietatea*, chiar *angoasa*. Această reacție afectivă nu ocolește practic nici un copil: ruptura cadrului de viață obișnuit, îndepărtarea unuia dintre părinți, incertitudinile asupra viitorului imediat, totul concurează la emergența angoasei. Caracteristice perioadei de conflict acut, angoasa și anxietatea, semne ale unei stări de suferință, vor fi obiectul unei elaborări care depinde parțial de maturitatea copilului. Aceasta la rândul său depinde de vârstă sa și de gradul de conflictualizare la care a fost supus până atunci de părinții săi. Acestea vor fi nivelurile succesive pe care le vom considera pe scurt.

— PERIOADA ACUTĂ ȘI DIFICULTĂȚILE DE A MENTALIZA ANGOASA

Cu cât conflictul este mai acut între părinți, cu atât aceștia sunt mai puțin disponibili pentru a-și asculta copilul și cu atât mai puțin acesta va putea să-și elaboreze reacția de angoasă. În aceeași manieră, cu cât copilul este mai mic, cu atât este mai sărac în capacitățile sale de elaborare. Aceasta explică *frecvența plângerilor hipocondriace* la copilul mic și/sau în perioada de conflict parental acut: dureri de cap, abdominale, vărsături, dureri diverse, chiar patologice somatice.

— COPILUL ÎN PERIOADA OEDIPIANĂ SAU A CĂRUI PROBLEMATICĂ OEDIPIANĂ ESTE PRELUNGITĂ DE CONFLICT

Acest nivel de problematică psihoafectivă poate deci să țină fie de vârstă copilului, fie de maniera în care a fost făcut să trăiască conflictul. În fața stării de suferință pe care o resimte, copilul reacționează de obicei printr-o mișcare de culpabilitate, trăindu-se fantasmatic pe sine ca fiind cauza discordiei. Se observă atunci toate simptomele obișnuite: fie condute de eșec (eșec școlar, tulburări de comportament de aspect autopunitiv), fie stare depresivă, acestea două fiind frecvent legate. Nevroza de abandon (Odier) caracterizată de alternanța unei depresii cu regretul dispariției unității familiale și sentimentul de a fi mic, slab și profund vulnerabil, iar apoi în alte momente cu faze de agresivitate externalizată, este o evoluție destul de frecventă.

— COPILUL DEGAJAT DE PROBLEMATICA OEDIPIANĂ

La acest nivel de maturizare psihofectivă se observă două modalități de adaptare la noua situație. În primul caz, copilul care parțial și-a pierdut obiectele de investiții libidinale privilegiate, sau când acestea nu mai au fiabilitatea necesară, reinvestește masiv propriul său Eu și dobândește rapid o autonomie mai mult sau mai puțin completă. Clinic, aceasta se traduce prin **hipermaturitate**, foarte frecvent observată la copiii de părinți divorțați: se „iau în grija” singuri, au o adaptare extremă, le cer puțin adulților, se joacă puțin sau deloc. Totuși, această hipermaturitate, pozitivă în sine, poate să împiedice orice tendință regresivă, și să fie la originea, în timpul adolescenței sau în anumite circumstanțe de viață, unor reacții inadapate (reacție microparanoidă, tendință paranoică sau caracterială).

Cealaltă modalitate de comportament în fața suferinței este **reacția proiectivă**. Se știe că de mult proiecția este modul defensiv natural al copiilor în perioada de latență. Pe de altă parte, părinții în conflict au frecvent tendința să fie ei înșiși proiectivi, atribuind în general originea conflictului defectelor „celuilalt”. Astfel totul concurează (vârstă și mod de amenajare familial conflictual) în a face din proiecție sistemul defensiv privilegiat: instabilitate, exteriorizare a suferinței acuzându-i pe ceilalți, agresivitate exterioară (îndeosebi îndreptată împotriva noului soț: țința adultă naturală). Proiecția conflictului asupra exteriorului se poate traduce prin stabilirea de relații fondate pe șantaj și manipulare: astfel, unui copil par să facă totul pentru a prelungi conflictul parental (ceea ce de altfel menține legătura parentală) sau pentru a crea conflicte în mediul lor înconjurător.

— COPILUL CONFRUNTAT CU PROBLEMATICA IDENTITĂȚII/ DE IDENTIFICARE

Toate nivelurile de organizare ale identității pot să fie puse sub semnul întrebării în separarea parentală. Am văzut cum „cuplul unit” servește frecvent și de roman familial și de garant nespecific al legii la copilul cu părinți în conflict.

Într-un anumit număr de cazuri, se pare că spargerea cuplului este însoțită de spargerea identității copilului: *episoadele psihotice acute* în cursul separărilor parentale sunt desigur rare, dar ele dovedesc atunci o îndoielă asupra identității proprii a copilului sau a preadolescentului și se observă după o lungă istorie conflictuală.

Problemele de identificare sunt foarte frecvente la adolescent, mai ales când unul dintre părinți a dispărut. Datele frecvent parcelare de care dispune adolescentul nu-i permit decât o identificare „în gol sau în negativ”. În plus, părintele restant poate să proiecteze asupra adolescentului pseudo-identitatea absentei, mai ales toate reproșurile sau fricile din perioada conflictuală. Fără să intrăm în detalii, pentru că situațiile individuale sunt nenumărate, vom spune simplu aici că problematica identificării pare deosebit de acută la adolescentul

cu părinți separați. Gradul acestor dificultăți va fi în funcție de vechimea divorțului, de calitatea menținerii celor două figuri parentale, în sfârșit de calitatea relațiilor parentale după divorț (v. *Adolescență și psihopatologie*, ed. 4., cap. 15).

3.2. — FAMILII MONOPARENTALE

În 1990, din 14 milioane de copii de mai puțin de 18 ani, aproximativ 10% (1 381 256) trăiesc într-o familie monoparentală și în 9 cazuri din 10 (1 231 136) cu mama. În acest ultim caz, mama este celibatară (25%), divorțată (45%), separată, dar nu divorțată (17%), sau văduvă (13%).

Frecvența acestor familii monoparentale a crescut mult după anii 1970. Chiar dacă, pe de-o parte, grație alocăției de părinți izolat (1976) și, pe de altă parte, datorită alegerii voluntare a câtorva femei angajate într-o luptă de revendicare socială, unele familii monoparentale beneficiază de venituri satisfăcătoare, în marea majoritate a cazurilor, o sărăcie cel puțin relativă caracterizează aceste familii, adăugând efectele acestei sărăcii la „deprivarea relațională” pe care o reprezintă pentru copil faptul de a trăi fără unul dintre părinți lui.

Răsunetul psihologic și psihopatologic al monoparentalității la copil este dificil de evaluat pentru că parametrii de luat în considerare sunt numeroși ca și factorii supraadaugați. Putem cita astfel pentru copilul însoșit: faptul sau nu de a cunoaște identitatea celui alt genitor; faptul sau nu de a-l întâlni regulat pe celălalt părinte; calitatea relației cu acest alt părinte când este prezent; faptul că această situație datează de la naștere sau din mica copilărie sau dacă a survenit după un timp de coabitare sau de căsătorie; în acest ultim caz, vârsta copilului la separarea parentală; faptul de a trăi cu un părinte de același sex (fika cu mama sa) sau de alt sex (băiatul cu mama sa); la fel și pentru celălalt genitor; părintele „dispărut” este de același sex sau nu; faptul de a fi copil unic sau de a avea frați și surori; diferența de vârstă în frăție etc.

Din partea familiei însăși putem cita: sărăcia socio-economică, dificultățile de tip psihologic (depresia), calitatea interacțiunilor, vârsta mamei uneori încă adolescență (mamă adolescentă: vezi *Adolescență și psihopatologie*, 1995, ed. 4, p. 196), antecedente de separări sau de plasamente cu repetiție etc.

Astfel este greu și artificial să stabilim o tipologie a copilului „privat de unul dintre părinți săi” termen care, din punctul de vedere al copilului, ni se pare preferabil celui de „familie monoparentală” mai orientat spre statutul juridic și socio-economic. La copilul foarte mic prevalează calitatea interacțiunilor precoc cu părintele prezent: calitatea interacțiunilor mamă-bebeluș este predominantă și monoparentalitatea intervine cel mai frecvent fie prin răsunetul său asupra echilibrului psihopatologic al mamei (depresie), fie pentru că este o condiție

revelatoare a acestei psihopatologii (de exemplu: mamă cu un trecut de carență afectivă și care caută în graviditate și într-un copil pentru ea singură o reparație a acestei carențe. La copilul de vârstă medie (perioadă de latență: de la 5/6 ani la 11/12 ani) prevalează calitatea relațiilor afective și sociale ale familiei monoparentale cu mediul său: capacitatea mamei de a dezvolta relații sociale, de a-și lăsa copiii să aibă astfel de relații cu prietenii, scurtele separări pentru sejururi de vacanță, diversele activități sublimatorii proprii acestei vârste reprezintă parametri importanți. Și aici ceea ce contează cel mai mult este modul în care părintele își „asumă” monoparentalitatea.

În schimb, la vârsta conflictului oedipian (între 3 și 6 ani), și încă și mai mult la adolescență, absența unui părinte, dar mai ales absența oricărei referințe și a oricărei posibilități de identificare cu una dintre liniile parentale poate să-l închină pe copil și pe adolescent într-o relație diadică care îngreunează posibilitățile lui de a accede la triangulara simbolică oedipiană. Dacă, în termeni de identificare, aceste dificultăți sunt mai mici pentru fată, ele sunt adesea importante pentru băiat mai ales la adolescență (condusă de eșec, dezinscriere școlară, marginalizare etc.). Dar fie fete, fie băieți, sunt numeroși copiii crescuți într-o familie monoparentală, privați de orice referință posibilă la celălalt părinte, care par să aibă dificultăți în a avea o viață relațională și afectivă stabilă și care reproduc, în pofida dorinței lor conștiente, situația de monoparentalitate în propria lor viață de adult.

BIBLIOGRAFIE

- AINSWORTH M.: Les répercussions de la carence maternelle. Faits observés. Controverses dans le contexte de la stratégie des recherches, in: „La carence des soins maternels; réévaluation de ses effets”. *Cahiers de l'OMS, Genève*, 1961, 14, 95-168.
- ANTHONY E.J.: Les enfants et le risque de divorce. Revue générale de la question, p. 457-475. In: ANTHONY E.J., CHILAND C., KOUPERNIK C.: *L'enfant à haut risque psychiatrique*. PUF, Paris, 1980.
- ANTHONY E.J.: Modèle d'intervention au niveau du risque et de la vulnérabilité pour des enfants de parents psychotiques, p. 121-146. In: ANTHONY E.J., CHILAND C., KOUPERNIK C.: *L'enfant à haut risque psychiatrique*, PUF, Paris, 1980.
- APPEL G.: Tentatives d'éradication des carences affectives dans une pouponnière. *Neuropsych. de l'Enf. et de l'Adolesc.*, 1982, 30, 257-262.
- APPEL G.: Pouponnière, séparation, hospitalisme: ce qui reste à faire. *Neuropsych. de l'Enf. et de l'Adolesc.*, 1983, 31, 111/115.
- APPEL G.: Le bébé seul. *Devenir*, 1990, 3, 104-113.

AUBAN H.: Les enfants victimes de sévices et la législation dans la communauté européenne. *Bulletin de l'Ordre des Médecins*, 1981, nr. 4.

BOURDIER P.: L'hypermaturation des enfants de parents malades mentaux. *Rev. Neuropsychiat. inf.*, 1972, 20, 1, 15-22.

BOWLBY J.: *Attachement et perte: la séparation, angoisse et colère*. PUF, Paris, 1978.

BRU J., VILLARD J., MARTIN Cl.: Présentation de l'ensemble socio-éducatif de Cholet C.E.T.-Talence, *Rev. Neuropsychiat. inf.*, 1976, 24, nr. 4-5, 225-240.

CHILAND C., KOUPERNIK C.: *L'enfant à haut risque psychiatrique*, PUF, Paris, 1980.

DESPLANQUES G.: Les familles recomposées en 1990. In: *Les recompositions familiales aujourd'hui*, Meulders-Klein M. Th., Théry I., 1 vol. Nathan, Paris, 1993.

DIATKINE G.: Familles sans qualités: les troubles du langage et de la pensée dans les familles à problèmes multiples. *Psy. enf.*, 1979, 22, 1, 237-273.

FERRARI P., BOTBOL M., SIBERTIN-BLANC D., PAYANT C., LACHAL C., PRESNE C., FERMANIAN J., BUZSGSTEIN C.: Etude épidémiologique sur la dépression maternelle comme facteur de risque dans la survenue d'une psychose infantile précoce, *Psychiat. Enf.*, 1991, 34, 1, 35-97.

GRODET D.: Les enfants victimes de sévices corporels. *Rev. prat.*, Paris, 1974, 24, nr. 52, 4685-4688.

GREEN A.: La mère morte In: *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, ed. Gallimard, Paris, 1983, vol. 1.

GUEDENY N.: Les enfants de parents déprimés, *Psychiatrie Enf.*, 1989, 32, 1, 269-309.

LAMOUR M., BARRACO M.: Le nourrisson et sa mère psychotique: modes d'abord thérapeutiques des interactions précoces. *Neuropsychiat. Enf. et Ado.*, 1990, 38, 385-391.

LIBERMAN R.: *Les enfants devant le divorce*. PUF, Paris, 1979.

MARCELLI D.: La dépression chez l'enfant. In: *Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*. PUF, Paris, ed. 2 (in cours de apparition).

MARCELLI D.: *Comment leur dire? L'enfant face au couple en crise*. 1-a ed. Hachette, Paris, 1979, 1 vol. Ed. 2-a: Marabout, Médecine pratique. 1981, nr. 4, 1 vol.

MARTIN Cl.: Les mères célibataires mineures et leurs enfants. *Rev. Neuropsychiat. inf.*, 1976, 24, nr. 4-5, 199-205.

MAUVAIS P.: L'observation dans les lieux d'accueil de l'enfance et de la petite enfance; réflexion sur le rôle du psychologue dans l'équipe. *Psychiat. de l'Enf.*, 1995, 38, 1, 249-309.

Numere speciale:

- Parentalité: *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1990, 38, 6, 327-391.
- NESSE M. C., HERBELER J. R.: The abused child: a clinical approach to identification and management. *Clinical Symposia Ciba*, 1979, 31, 1, 2-36.
- PIQUARD A., CAPIOMONT G., OBERLIN O.: À la rencontre de l'enfant de milieu très défavorisé ou ambiguïté du regard psychiatrique sur ces "gens-là". *Psychiatrie Enfant*, 1987, 30, 1, 167-207.
- RUTTER M.: Stratégie épidémiologique et concepts psychiatriques dans la recherche sur l'enfant vulnérable, p. 195-209. In: ANTHONY E.J. SPITZ R.: *De la naissance à la parole*. PUF, Paris, 1968.
- TRONICK E., ALS M., ADAMSON L., BRAZELTON T. B.: The infant's response entrapment between contradictory message in face to face interaction. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 1978, 17, 1-13.

23 COPILUL ȘI ȘCOALA

1. — GENERALITĂȚI

Acest capitol este consacrat interacțiunilor dintre copil și școală: dificultăți ale copilului la școală și dificultăți ale școlii cu acești copii, aceste două dimensiuni trebuind să fie puse în mod necesar în perspectivă reciprocă. Într-adevăr, când abordăm capitolul inadecvărilor dintre școală și copil, este important să reperăm imediat două demersuri dacă nu contradicții, cel mult opuse. Pe de-o parte, sunt cei pentru care copilul în dificultate la școală este un copil deviant, deci patologic sau bolnav, deci care trebuie îngrijit într-o structură adaptată. O asemenea perspectivă era apărută de G. Heuyer atunci când critica astfel atitudinea antimedică a unor pedagogi: „*când pedagogul îl revendică pe copilul neadaptat ca pe proprietatea sa, el arată că ignoră ceea ce este un copil neadaptat, de unde vine neadaptarea lui și ce măsuri complexe și dificile sunt necesare pentru readaptarea sa*”.

La polul opus se situează cei pentru care structura școlară este ea însăși neadaptată la copil și singura responsabilă pentru eșecul școlar.

Cauzele acestei neadaptări sunt căutate când în aspectul formal al școlarității (ritm școlar, supraîncărcare a orelor, progres „frontal” în funcție de vârstă, neținând cont de disparitățile dintre copii, și la același copil...), când în conținutul însuși al învățământului (vârstă și mai ales metode de deprindere a citirii, formare și motivație a profesorilor...).

Fără să intrăm în această polemică frecvent vie, putem vedea că studiul dificultăților școlare a trecut în câteva decenii de la un punct de vedere pur moral (eșecul se datora lenei copilului și în consecință, el era primul vinovat), la un punct de vedere medical patologic (eșecul se datorează neadaptării copilului, concept care subînțelege mai mult sau mai puțin o lipsă a echipamentului neurofiziologic de bază: vezi problema debilității mintale), apoi în sfârșit la un punct de vedere sociologic (eșecul se datorează neadaptării structurilor școlare actuale în fața unei proporții non-neglijabile a populației).

În mod curios, deși cadrul de referință al acestor puncte de vedere este evident foarte diferit, fiecare etapă a avut tendința de a îngloba, apoi de a anula

etapa precedentă. Dacă medicalizarea lenei poate să apară ca un progres (și încă trebuie să-i rezervi copilului, ca și adultului, dreptul de a fi lenes) poziționarea spate în spate a abordării medicale și a celei sociologice mai mult sterilizează dezbaterile decât o îmbogățeste.

În acest scurt capitol nu vom descrie dificultățile școlare care trimit la o semiologie deja studiată, cum ar fi tulburările de vorbire, de lateralizare, dislexia-disortografia. Ne vom limita la dificultățile centrate pe școală (eșec școlar, refuz școlar, fobie școlară) sau pe deprinderi (discalculie).

Locul pe care-l ocupă școala în câmpul de activitate al pedopsihiatrilor nu trebuie să fie ignorat, din moment ce în unele centre medico-psihopedagogice, o mare majoritate a copiilor este trimisă de școală: astfel, 50% dintre copiii văzuți la Centrul Alfred Binet sunt trimiși de școală. În plus, printre copiii aduși la Centru la inițiativa părinților, o populație importantă vine pentru motive școlare. În total, la aproximativ 70% dintre copiii care consultă, este invocat un motiv școlar. Anchete epidemiologice mai fine (Schmid) au arătat de altfel că modalitatea de consultație este în raport mai mult cu nivelul socio-economic al familiilor decât cu natura însăși a dificultăților copilului: astfel, familiile cu un nivel socio-economic bun au mai mult tendința de a consulta spontan sau la un simplu sfat medical, în timp ce în caz de nivel socio-economic defavorizat, familiile consultă doar la presiunea școlii sau a serviciilor sociale.

Oricum ar fi, inadecvarea școlară este frecvent primul simptom adus în față, chiar dacă acesta nu este decât un ecran liniștitor pentru familie sau pentru școală, sau nu este decât manifestarea unei patologii mai complexe. În toate cazurile, confruntat fiind cu inadecvarea școlară, trebuie să iei în considerare cei trei parteneri care sunt copilul, familia și școala, să încerci să evaluezi interacțiunea lor reciprocă înainte de a te gândi la un ajutor terapeutic.

1.1. — COPILUL

La copil, trebuie să distingî între posibilitățile de învățare și dorința de a învăța. Evaluarea posibilităților se bazează pe examenul atent și complet al capacităților fizice (căutare de deficit senzorial parțial) și psihice. Nu vom reveni aici asupra diverselor explicații necesare în caz de îndoielă, nici asupra studiului capacităților cognitive și a diverselor lor stadii (v. capacități cognitive cap. 9, 2. și debilitate mintală cap. 9, 3.).

Trebuie de altfel să recunoaștem că doar un număr foarte mic de copii nu au echipamentul neurofiziologic de bază necesar pentru învățare și pot, în consecință, să fie considerați ca incapabili să urmeze o școlaritate normală.

În dorința de a învăța, intervin factori foarte numeroși: este vorba de motivația copilului. Aceasta poate fi:

- de origine individuală, reacție de amor propriu și de prestanță, dar și dorință de cunoaștere, plăcere de a învăța, rivalitate fraternală sau oedipiană etc.
- de origine familială: stimulare parentală de orice natură, participare a părinților la viața școlară a copilului;
- în sfârșit, de origine socială: valorizare a cunoașterii, împărtășirea acelorăși idealuri ca instituția școlară...

Sistemul de motivație evoluează cu vârsta, trecând progresiv de la o motivație externă, ca aceea de a-l imita pe adult, apoi de a face plăcere părinților și/sau învățătoarei, la o motivație internă a cărei natură variază de asemenea: plăcere pentru competiție sau atitudine de prestanță, apoi integrare a necesității de a învăța o meserie sau dorința de a accede la valori culturale. În realitate, acest stadiu ultim nu este niciodată atins înainte de 11-12 ani, când este atins!

1.2. — FAMILIA

Familia intervine în același timp în dinamica schimburilor intrafamiliale și, prin gradul său de motivație, în privința școlii. Când copilul își părăsește familia pentru a se duce la școală, aceasta semnifică că își va petrece de acum o parte non-neglijabilă a timpului său în afara familiei: aceasta implică deci că părinții, mai ales mama, acceptă aceste noi investiții și se bucură de ele. Fobiile școlare (v. 2.3) sunt un exemplu al acestei incapacități a grupului familial de a-și redistribui investițiile când copilul pleacă la școală. Se înțelege că echilibrul afectiv familial joacă un rol fundamental asupra căruia nu vom mai reveni.

Nivelul socio-cultural al familiei reprezintă un factor esențial în adecvarea copil-școală la care vom reveni. Vom evoca pe scurt aici locul limbajului în schimburile familiale: adaptarea copilului la școală, și aceasta încă de la grădiniță, este legată de gradul său de stăpânire a limbajului, ceea ce depinde în mare parte de calitatea și cantitatea schimburilor verbale în sânul familiei. Este evident că acei copii ce provin dintr-un mediu cultural apropiat, dacă nu identic, cu cel al profesorilor și în general mai apropiați de valorile și sistemele de comunicare propuse de școală, vor avea facilități mai mari decât copiii ale căror familii utilizează puțin limbajul sau îl folosesc doar în situații concrete.

Gradul de motivație al familiei este și în funcție de acest nivel socio-cultural, de acordul asupra scopurilor și/sau mijloacelor școlii. Unii părinți își pun astfel sistematic copilul în situație de opoziție cu școala, o denigrează și o devalorizează constant. Totuși, atitudinea opusă poate de asemenea să provoace un blocaj la copil: hiperinvestiția de către părinți a rezultatelor școlare, controalele și vigilența

lor permanentă îndreptată spre studiul copilului într-un climat obsesionalizat sau perfecționist pot să antreneze o renunțare, chiar un refuz.

1.3. — ȘCOALA

Școala este cel de-al treilea triptic al acestui triunghi relațional copil-familie-școală. Învățământul preelementar (grădinița) se adresează copiilor de la 2 la 6 ani: este facultativ. Cifrele de școlarizare s-au stabilizat (Ministerul Educației Naționale).

- de la 2 la 3 ani: aproximativ 33,6% dintre copii;
- de la 3 la 4 ani: aproximativ 95,4% dintre copii;
- de la 4 ani și mai mult: 100% dintre copii.

O frecvență regulată a grădiniței ar reduce riscurile de repetenție la școala elementară.

Învățământul elementar cuprinde cinci ani repartizați în trei cicluri, după legea asupra orientării în educație din 10 iulie 1989:

- ciclul învățământului primar regrupând grupa mică și mijlocie a grădiniței;
- ciclul învățământului fundamental constituit de grupa mare de la grădiniță, ciclul primar și CE1 (ciclul elementar 1), permițând etalarea deprinderii citirii pe trei ani;
- ciclul de aprofundare compus din CE2 (ciclul elementar 2), CM1 (ciclul mediu 1) și CM2 (ciclul mediu 2).

Ideea directoare a acestei reforme era de a reduce eșecul școlar condiționat foarte mult până atunci de ritmul de învățare. Obligația de a învăța să citească într-un singur an determina numeroase repetenții al căror prognostic redutabil a fost arătat de C. Chiland încă din 1971, în lucrarea sa asupra „copilului de șase ani și viitorul său”. Ideea ciclului se bazează de acum încolo pe posibilitatea copilului de a dispune de trei ani pentru a-și însuși învățătura.

Învățământul secundar începe plecând de la clasa a 6-a, la vârsta normală de 11 ani. Este și el „decupat” în trei cicluri:

- ciclul claselor a 6-a și a 5-a numit ciclu de observare pentru că se poate termina cu o orientare către un ciclu școlar zis „scurt” în secțiile preprofesionale care duc la CAP (Certificat de Aptitudini Profesionale);
- ciclul claselor a 4-a și a 3-a numit ciclu de orientare pentru că el duce la sfârșitul școlarității obligatorii și trebuie să ducă la alegeri profesionale definitive: urmarca unei școlarități lungi sau orientare profesională.

Școala a trecut prin profunde schimbări în ultimii ani. Ea a trebuit să facă față la un val demografic important care, deși e în regresie acum, continuă să-i modifice structurile: astfel, figura învățătorului, autoritate morală incontestabilă

a satului, a dispărut complet în anonimatul carierelor și al marilor grupuri școlare. Accesul la școală al ansamblului claselor sociale, școlarizarea unui număr considerabil de copii străini a pus și pune probleme. În fața acestor schimbări, școala nu a știut întotdeauna să se adapteze cu suplețea necesară, atât în organizarea sa materială (problema ritmului școlar, a vacanțelor, a numărului de copii), cât și în însuși conținutul său.

Importanța cantitativă pe care a luat-o eșecul școlar arată că neadaptarea școlii la structurile sociale actuale trebuie să fie luată în considerație în evaluarea neadaptării școală-copil, înainte de a declara acest copil ca „neadaptat”. Într-adevăr, ansamblul statisticilor Educației Naționale concordă pentru a recunoaște că un copil din doi atinge CM 2 cu unul, doi sau trei ani întârziere. Acest eșec este foarte precoce din moment ce, încă din CP, 25% dintre copii sunt în situație de eșec, nereușind să învețe să citească, și 25% dintre cei care rămân de abia au atins stadiul lecturii pe silabe. Desigur, cele mai recente recomandări ministeriale întind pe doi ani învățarea cititului, dar efectul lor este mai mult mascarea eșecului, decât găsirea unei soluții.

De altfel, relația directă între nivelul sociocultural și reușita școlară nu poate să fie pusă la îndoială: cu cât nivelul este mai jos, cu atât riscul de eșec școlar este mai mare (tabelul VIII). Apare astfel că rata de eșec școlar se corelează puternic cu nivelul calificării profesionale a tatălui și puțin cu existența sau nu a unei slujbe a mamei; în schimb, este corelat cu nivelul de studii al acesteia. Copiii muncitorilor migranți sunt o tristă ilustrare a acestor corelări pentru că ei cumulează în același timp handicapul lingvistic și condițiile socio-economice defavorabile: astfel se poate considera că doar 20% dintre copiii de migranți scapă de eșecul școlar (v. cap. 24, 3). Acest eșec nu trebuie atribuit bilingvismului deoarece copiii străini, proveniți dintr-un mediu socio-economic favorizat, au o reușită școlară analogă cu copiii autohtoni (Bemelmans).

În plus, evaluările precedente nu țin cont de educația specializată care, în 1978, reprezenta 3,34% din efective (SES, EMP etc).

Asemenea cifre interzic să considerăm eșecul școlar ca fiind singurul rezultat al neadaptării copilului, ceea ce ar reveni să spunem că mai mult de jumătate dintre copii sunt niște neadaptări și necesită îngrijiri și o școlaritate specifică.

Fără să intrăm într-o analiză detaliată a diverselor cauze ale acestui eșec al școlii, vom cita aici doar:

- nerespectarea ritmurilor proprii ale copilului (durată excesivă a zilei de școală și proastă repartitie în an);
- numărul prea mare de copii într-o clasă (cifrele medii ale Ministerului Educației Naționale maschează în realitate o disparitate extremă între clase cu pușini elevi, în regiunile pe cale de depopulare, și clase supracărcate în cartierele urbane, exact acolo unde sunt copii care cumulează cele mai multe dificultăți);

TABEL VIII. — Rata de eșec școlar în funcție de profesia tatălui

Profesia tatălui	Procentaj de eșec școlar la copiii de 9 ani
Muncitori necalificați	27,1%
Agricultori, angajați	15,1%
Muncitori calificați	13,1%
Comercianți	11,6%
Artizani, angajați calificați	10,5%
Cadre medii	6,1%
Cadre superioare	4,3%

*Schmid: populația școlară a cantonului Vaud.

— evoluția statutului profesorului și a motivațiilor sale (dovadă fiind feminizarea extremă) și corativ evoluția relației profesor-elev (motivația inconștientă a profesorului este din păcate mai frecvent plăcerea resimțită la stăpânirea grupului decât plăcerea dată de progresul fiecărui);

— natura însăși a progresului școlar (progres de tip frontal, care presupune dobândirea noțiunilor din anul precedent și unde fiecare lacună exercită un efect cumulativ asupra învățatului ulterior, nepermițând recuperarea, ci dimpotrivă agravând întârzierea);

— evoluția rolului școlii primare (al cărui obiectiv nu mai este de a da fiecărui copil un câștig concret: să citească—să scrie—să socotească, direct utilizabil pentru a accede la o meserie, dar și să-l pregătească pentru învățământul secundar și superior: pentru aceasta e suficient să vezi locul ocupat de învățământul matematicilor moderne);

— în sfârșit, competența profesorului, subiect cvasi-tabu, pare să determine în mare parte procentajul mediu de reușită sau de eșec într-o anumită clasă: Ravard și col. studiază pe cinci ani școlari procentajul de eșec în învățarea cititului (6-7 ani: curs preparator) în trei clase ale căror alte variabile (tipuri de populație, nivel sociocultural) sunt comparabile dacă excludem persoana profesorului; procentajul de eșec mediu crește de la 10%, pentru o clasă, la 27% și 42%: „competența” profesorului pare a fi, după autori, variabila cea mai importantă pentru a explica diferențele înregistrate în procentajele de eșec școlar.

Până atunci toate soluțiile propuse de Ministerul Educației Naționale au

mers, indiferent care au fost bunele intenții inițiale afișate, în sensul segregării copiilor (clasă specializată, clasă de recuperare, clasă pasarelă). În toate cazurile, se pare că problemele esențiale, cele ale formării profesorilor și ale motivației lor de a se ocupa de copiii dificili, sunt evitate, astfel încât în mintea profesorului și/sau ale elevilor, aceste clase apar ca rezultat al sancțiunii, al rejecției sau al eșecului, întărind și mai mult ceea ce unii numesc „spirală eșecului”. În mod similar, natura relației profesor-elev nu este niciodată repusă sub semnul întrebării, ca și tipul de progres școlar care presupune o omogenitate extremă pentru fiecare clasă de vârstă.

2. — CLINICA DIFICULTĂȚILOR ȘCOLARE

Când un copil este îndrumat de școală la Centrul medico-psihipedagogic, sau când părinții consultă spontan sau la sfatul medicului lor, în toate cazurile, dificultățile școlare ocupă prim-planul scenei. Totuși părinții și profesorul utilizează o grilă simptomatică foarte variabilă unde se amestecă valori morale (leneș, turbulent, rău), valori considerate medicale (instabilitate, dislexie, debilitate), valori sociale în sensul noimei („nu e la înălțime”) etc. Astfel, cu titlu de exemplu, iată în ordinea frecvenței dificultățile relevate de învățători la copiii de 6-7 ani (Stambak și colab.):

— dificultăți de comportament	43,5%;
— dificultăți motorii	19,6%;
— dificultăți de vorbire	17,5%;
— dificultăți de ordin intelectual	9,1%;
— probleme sociale	5,6%;
— tulburări somatice	2,6%;
— absenteism	1,8%.

În toate cazurile, instabilitatea este motivul de semnalare cel mai frecvent, rubrică unde băieții sunt net supra-reprezențați. În schimb, există mari diferențe de la o școală la alta, chiar de la un profesor la altul, la nivelul procentajului global de copii semnalati, ceea ce dovedește o sensibilitate (sau o intoleranță) foarte variabilă.

O dată cu vârsta, natura dificultăților scade, marcată fiind de existența de dificultăți numite specifice (dislexie, discalculie), apoi de apariția eșecului școlar. În ceea ce privește *instabilitatea, problemele legate de stângăcie, dificultățile motorii* diverse, trimitem cititorul la cap. 5. *Dificultățile de vorbire* (cap. 6), *de nivel intelectual* (v. cap. 9) au fost studiate în altă parte, ca și *inhibiția* (v. cap. 17, 2.4.), atât în partea sa cognitivă, cât și în dimensiunea sa afectivă.

Vom aborda aici: A) dificultățile numite specifice; B) eșecul și retardul școlar; C) în sfârșit fobia școlară.

2.1. — DIFICULTĂȚI SPECIFICE DE ÎNVĂȚARE

Numim „dificultăți specifice” dificultățile strict localizate la un tip de învățare ca cititul sau calculul, și care nu determină, cel puțin teoretic, dificultăți în celelalte domenii. Le întâlnim în mod privilegiat în clasele de învățare primare și elementare (CP, CE1, CE2). Ulterior este obișnuit ca dificultatea, mai întâi specifică, să aibă un răsunet pe ansamblul școlarității: riscul este atunci de a se ajunge la eșecul școlar.

Distexia. — Vezi cap. 6, 4.

Discalculia. — Mult mai rară decât precedentă. Se poate defini discalculia ca un eșec în învățarea primelor elemente de calcul și un eșec în capacitatea de a folosi un număr mic într-o manieră adecvată. În forma sa completă, **sindromul Gerstmann** cuprinde:

- 1) tulburări de achiziție a calculului;
- 2) o angozie a degetelor;
- 3) o indistinție dreapta-stânga;
- 4) o disgrafie;
- 5) o apraxie constructivă.

În realitate, cea mai frecventă pare a fi asocierea unei discalculii, a unei disgnozii digitale (dificultate motorie și de recunoaștere a degetelor, făcând numărul pe degete dificil, chiar imposibil) și a unei apraxii constructive.

Studiul funcției numerice cu metode piagetice arată că dificultatea se manifestă în toate aspectele calculului (ordinație, cardinație, operativitate matematică). În testele de nivel există un decalaj obișnuit între testele verbale (bune, chiar superioare) și testele de performanțe.

Pe plan psihopatologic, Hasaert-Van Geertruyden distinge:

- o discalculie adevărată, apărută de la cea mai mică vârstă, cu o dispraxie digitală accentuată;
- o discalculie asociată cu tulburări de organizare spațială, de apariție mai tardivă. Ea nu afectează achiziția numerelor, ci mai mult probele de operativitate (îndeosebi mănuierea cantităților continue cum sunt suprafața, lungimea, volumul);
- o discalculie legată de dificultăți psihoafective. Precocitatea și gravitatea discalculiei depind de acestea din urmă. Când este vorba de o organizare de tip nevrotic mai ales fobic (prin deplasarea angoasei nevrotice asupra numărului),

apitudinile numerice fundamentale nu sunt dobândite. În schimb, în caz de organizare psihotică sau prepsihotică, numărul sau cifra capătă semnificații simbolice cvasi-delirante, împiedicând orice posibilitate de mănuiere operatorie (Brousselle) și provocând în consecință eșecuri grave în calcul.

Reeducarea copilului cu discalculie, în afara factorilor psihoafectivi, trece mai întâi printr-o reeducare psihomotorie centrată pe organizarea schemei corporale și pe diferențierea gnoziilor digitale (Hasaert-Van Geertruyden). Ulterior, mișcările de numărare, manipulările de serie, de grupare, de corespondență termen cu termen plecând de la un material concret (jetoane, tije, rigle) permit accesul foarte progresiv la operațiile abstracte.

2.2. — RETARD ȘCOLAR, EȘEC ȘCOLAR

Clasic distingem retardul școlar de eșecul școlar, acest ultim termen fiind rezervat retardului mai mare de doi ani. În realitate, retardul precede întotdeauna eșecul și ajunge frecvent la el dacă nu se declanșează nici o acțiune preventivă.

Nu vom reveni asupra importanței acestui fenomen, nici asupra dimensiunii sale sociale (v. I-a parte) care constituie fundalul eșecului școlar. Eșecul școlar este diferit de **scăderea randamentului școlar**: în acest ultim caz, se constată o perioadă de școlaritate satisfăcătoare înainte să apară conduitele de eșec. În majoritatea cazurilor, scăderea randamentului apare ca o reacție fie la dificultăți familiale (boală a mamei, separare a părinților, deces), fie la conflicte actuale proprii copilului. În câteva cazuri, scăderea bruscă a randamentului, fără nici o cauză aparentă, poate fi primul indiciu al unei dezorganizări psihotice.

Eșecul școlar „permanent”, apărut de la începutul școlarității, are niște cauze multiple: sociale, familiale, pedagogice, deja discutate, dar și la nivelul copilului însuși. Pe acestea ultimele le vom discuta aici.

Debilitatea mintală

Dacă o debilitate mintală medie împiedică progresul școlar, în schimb debilitatea ușoară sau limită (v. cap. 9, 3.) nu pare a fi cauza principală a eșecului școlar, nivelul intelectual al copiilor în situație de eșec fiind foarte variabil, chiar dacă vârful curbei este decalat către o medie ușor inferioară. Se cunoaște importanța factorului socio-economic în determinismul debilității mintale limită astfel încât se observă aici un efect cumulativ între debilitatea limită și eșecul școlar, unul întârîndu-l pe celălalt, profesorul sau instituția Educației Naționale mulțumindu-se cu această abordare explicativă simplistă.

Refuzul școlar

Poate să dobândească un aspect masiv și activ. Uneori, pare să vină de la copil care se opune la orice achiziție școlară. Dar, în alte cazuri, el apare ca dovada ostilității mai mult sau mai puțin manifeste a părinților față de școală, mai ales când aceștia își proiectează masiv vechile lor probleme față de școală asupra experienței școlare actuale a copilului lor. Acest refuz școlar este de natură diferită în raport cu vârsta:

- opoziție activă zgomotoasă, cu atitudini de refuz sau tulburări de comportament (furie, instabilitate) la copil;

- opoziție mai pasivă a unui copil șters și tăcut (cu capul „în lună”, visător) sau opoziție care se exprimă prin absențe de la școală ale preadolescentului sau adolescentului.

Acest refuz școlar se observă uneori ca o componentă a unei organizări caracteriale sau psihopatice. În alte cazuri, pare să rezulte dintr-o inhibiție în fața problematicii oedipiene, mai ales în rivalitatea cu tatăl. Alteleori, este consecința unor exigențe parentale excesive pe care copilul nu le poate asuma. În toate cazurile, semnificația sa nu este niciodată univocă, diferitele nivele de interacțiune fiind strâns legate.

Dezinteresul școlar

Nu se poate vorbi despre dezinteres sau dezinvestiție școlară decât la sfârșitul perioadei de latență și la adolescență. La această vârstă, necesitatea învățării nu mai este o constrângere externă impusă de părinți sau de dorința de a se face plăcut, ci începe să fie integrată într-o motivație internă.

Dezinteresul școlar al adolescentului se exprimă prin dezgustul față de orice are de-a face cu școala, inutilitatea sa, plictiseala care o domină; este de obicei înglobat în critici existențiale mai generale.

Dezinvestirea se însoțește uneori de un absentism școlar important și care poate să meargă până la oprirea școlarității. Element al unei crize de tristețe juvenilă, dezinvestirea școlară poate să fie dovada unei problematici mai profunde, cum ar fi o reală depresie a adolescentului sau chiar, prin apragmatismul și dezinvestirea generală care o însoțesc, să ne facă să ne temem de o reacție psihotică.

Inhibiția școlară

În forma sa cea mai tipică, inhibiția școlară antrenează o suferință la copilul incapabil să muncească sau să se „concentreze” pe sarcina sa în pofida dorinței sale. Ea se poate observa în afara oricăruia alt tip de inhibiție (inhibiție a proceselor cognitive, inhibiție afectivă sau timiditate). Ea produce în general o organizare

nevrotică conflictuală: dorința epistemofilică nu este degajată de pulsivitatea scotofilică și voatoristă deoarece mecanismele mentale zise nevrotice (deplasare și sublimare) nu au ajuns la dezvoltare completă. Astfel dorința epistemofilică rămâne foarte culpabilizată și suferă o refluxare. În alte cazuri, cunoașterea pare investită cu o putere reductibilă care reactivează rivalitatea cu tatăl și cu imaginea sa.

Acestea reprezintă înseși mecanismele organizării nevrotice. Retrimitem cititorul la capitolul asupra nevrozei (v. cap. 17 și mai ales cap. 17, 2.4.).

2.3. — FOBIA ȘCOLARĂ, REFUZUL ȘCOLAR ANXIOS

În 1941, A. Johnson și col. folosesc termenul de „fobie școlară” pentru a descrie „copiii care, din motive iraționale, refuză să se ducă la școală și se opun cu reacții de anxietate foarte puternice sau de panică când încerci să-i forțezi”.

Câțiva ani mai târziu, Estes și col. (1956) situează nodul patologic nu în frica lor de școală, ci în angoasa de a o părăsi pe mamă, și introduc conceptul de angoasă de separare, refuzul școlar nefiind decât una dintre expresiile manifeste. Mai târziu, expresia „refuz anxios al școlii” (Last, 1987) tinde să preia ștafeta, mai ales în literatura anglo-saxonă. Clasificarea americană DSM (versiunea III-R și IV) situează fobia școlară sau refuzul anxios al școlii fie în categoria tulburării reprezentate de angoasa de separare, fie ca expresie simptomatică a unei fobii sociale, clasificare care pare dependentă mai ales de vârstă.

Vârsta începutului fobiei școlare prezintă mai multe vârfuri, către 5/7 ani, către 10/11 ani și la adolescență (12-15 ani). Vor fi abordate aici doar fobiile școlare ale copilului mic (pentru copilul mare și pentru adolescent vezi: *Adolescența și psihopatologie*, ed. a 4-a, p. 398), forme în care angoasa de separare pare a fi axa patologică dominantă (v. și capitolul „Stări anxioase și nevroză”).

Repere epidemiologice. — Este greu să avem o idee precisă asupra frecvenței fobiei școlare la copil în măsura în care majoritatea studiilor includ adolescența, vârsta la care această patologie pare să fie mai frecventă. Global, pe ansamblul populației care se prezintă pentru consultație la psihiatrie (copii și adolescenți), această tulburare ar reprezenta 5% dintre cazuri (Hersov L., 1990). Într-o anchetă în populația generală asupra manifestărilor clinice de angoasă de separare după criteriile DSM III-R (mai ales criteriul duratei: să se manifeste timp de două săptămâni consecutive. Acest criteriu a fost extins la 4 săptămâni în versiunea DSM-IV), am găsit (D. Marcelli și col., 1996) o incidență de 1,6% după profesori (3,9% după părinți) în momentul începerii școlii primare între 5 ani și jumătate și 6 ani și jumătate (această incidență este de 4,8 după profesori și de 7,8% după părinți, la intrarea în grădiniță, între 2 și 3 ani).

Cu cât copilul este mai mic, cu atât pare să fie mai dificil de diferențiat angostea de separare, nămită de dezvoltare, de o angostă de separare care devine patologică. Este cauza pentru care pare prudent să rezervăm termenul de „fobie școlară” sau „refuz anxios al școlii” copiilor care se duc la școala primară (aproximativ 6-7 ani) chiar dacă pare important să reperăm copiii mici care dezvoltă un refuz de a merge la grădiniță. Pentru aceștia din urmă ar trebui folosit doar termenul de „angostă de separare”.

Studiu clinic

Deși uneori e progresiv, debutul e frecvent brutal la copilul mic. Uneori manifest de la începutul anului școlar, apariția simptomelor clinice poate și să fie întârziată cu câteva săptămâni sau luni mai ales după o întrerupere școlară pentru vacanțe, o boală sau un eveniment intercurent (mutare, schimbare a școlii, a profesorilor, plecare a unui camarad de clasă...). Uneori este considerat responsabil un eveniment: ceartă din partea profesorului, conflict cu camarazii, episod de encoprezis. Nu trebuie să ignorăm posibilitatea unei agresii sau a unei amenințări (racket) de care copilul încearcă să scape prin refuzul școlar.

Dacă, în acest ultim caz, condițiile de mediu sunt de luat în considerare, rămâne faptul că frecvent copilul prezintă și trăsături psihopatologice dominate de anxietate și inhibiție.

Momentul fobic. — Copilul cu fobie școlară prezintă o reacție de angostă intensă legată puternic de momentele fobice: în momentul plecării la școală, copilul se agită, manifestă panică intensă. Plânge, își roagă părinții, promite că se va duce la școală a doua zi. Dacă este forțat, criza capătă o turnură dramatică: se închide în camera sa, fuge plângând. Copilul este atunci inaccesibil la orice raționament. În câteva cazuri, constrângerea pare să-l calmeze, el se lasă atunci condus pasiv la școală, dar foarte repede își părăsește clasa, fuge irezistibil pentru a se-ntoarce acasă sau rățește nefericit dacă ușa casei este închisă. Uneori, mai ales către 5-7 ani, el prezintă plângeri somatice (cefalee, dureri abdominale), sau chiar vărsături. Mai rar, notăm conduite agresive (busculadă, agitație) care sunt de fapt martorul reacțiilor de suferință și de angostă în fața constrângerii.

În afara momentelor fobice. — Din momentul în care copilul nu mai este confruntat cu plecarea la școală, el se calmează, promite să se ducă fără probleme „mai târziu”. El este atunci, în toate celelalte domenii, un copil care cooperează ușor. El are raționalizări conștiente pentru fobia sa: profesorul este sever, colegii de clasă sunt răi sau își bat joc de el, schimbarea recentă de școală este de vină sau ultima absență din cauza bolii sale. Mai departe, fobia se justifică de la sine

deoarece copilului îi este frică de a fi rămas în urma celorlalți copii, de a nu mai cunoaște programul.

În schimb, nu va exista nici un refuz pentru a studia acasă: el acceptă să-și facă temele acasă, încearcă să-și reducă întârzierea, uneori chiar se notează o hiperinvestire: își petrece toate zilele făcându-și temele astfel încât, în pofida unei absențe prelungite de frecventare a școlii, nivelul pedagogic poate să rămână excelent.

Alte manifestări. — Dacă fobia școlară e uneori izolată, nu este rar să observăm alte conduite:

– *simptome de alură nevrotică*: cel mai frecvent este vorba despre manifestări anxioase diverse: anxietate de separare sau anticipare anxioasă a separării, dificultăți de adormire, coșmaruri, fobii diverse (frică de întuneric, agorafobie) concomitente sau vechi. Ritualuri, elemente ale seriei obsesionale pot preceda fobia școlară, centrate în special pe școală: ordonarea servietei, meticulozitate a muncii;

– *comportament agresiv sau impulsiv și relație de tip sadomasochist cu un membru al familiei, mai ales cu mama*;

– *stare depresivă*, în sfârșit, asociată frecvent cu fobia școlară (20% dintre cazuri, după Dugas), mai ales la preadolescent.

Diagnostic diferențial

Angostea de separare nămită de dezvoltare trebuie luată în considerare la copilul mic înainte de vârsta de 2-3 ani (v. faza de protest, cap. 18, 13.). La grădiniță, manifestările angostei de separare sunt frecvente și tranzitorii la început. Dacă aceste manifestări durează mai multe săptămâni, a fortiori dacă ele se reproduc de la un an școlar la altul, va fi de dorit să căutăm celelalte simptome ale angostei de separare patologice, îndeosebi toate conduitele de anticipare anxioasă a separării.

O abordare terapeutică timpurie este recomandată pentru a evita apariția ulterioară a unui veritabil refuz anxios al școlii.

Chiulul copilului mare sau al adolescentului nu se însoțește de cortegiul angostei: copilul părăsește casa în mod normal, este fericit și se joacă în timpul zilei. Teama nu apare decât la ora întoarcerii, în fața fricii de a fi certat.

Refuzul școlar nu prezintă nici el reacția de angostă caracteristică.

Abordări psihopatologice

Testele psihologice nu oferă particularități deosebite: eficiența intelectuală este bună, chiar superioară. La Rorschach, inhibiția pare a fi trăsătura dominantă

cu, atunci când se poate exprima, o afectivitate „labilă, egocentrică și impulsivă” (Dugas și Guériot) și care maschează o angoasă profundă și veche.

Organizarea psihopatologică subiacentă este apreciată diferit după autori: unii consideră că fobia școlară se integrează întotdeauna într-o organizare nevrotică de tip fobic, alții, dimpotrivă, găsesc nivele de organizare foarte variabile sub aceeași conduită aparentă.

Dar, cu cât copilul este mai mic, cu atât problematica angoasei de separare ocupă mai mult primul plan. Totuși, această constatare nu răspunde la întrebarea trecerii de la angoasa de separare numită de dezvoltare la forma numită patologică (sau după DSM-III-R sau IV: tulburarea angoasă de separare). Este oare cea de-a doua o simplă prelungire a celei dintâi?

Numeroși autori adoptă această poziție, în spiritul DSM. Totuși, la copilul mare, apariția unei fobii școlare nu este în mod necesar precedată de manifestările angoasei de separare în mica copilărie și poate fi dovada unei alte suferințe anxioase (tulburare de panică sau acces de angoasă paroxistică). De altfel, inclusiv la copilul mic, nu este evident că manifestările de protest și de suferință anxioasă după o separare au la bază același proces psihopatologic ca manifestările de anticipare anxioasă ale unei separări viitoare. Într-un studiu epidemiologic efectuat asupra a 1206 copii în vârstă de 2-3 ani sau de 6-7 ani, am arătat (D. Marcelli și col., 1996) că copiii care prezentau semne de anticipare anxioasă a separării erau diferiți de cei care prezentau semne de anxietate după separare: factorii de risc caracteristici celor două grupuri sunt destul de diferiți.

Pare deci necesar să luăm în considerare condițiile de elaborare și de transformare a angoasei și organizarea nevrotică susceptibilă de a se organiza în cursul acestor perioade oedipiene (6-7 ani): vezi capitolul *Stări anxioase și nevroză*.

Dinamica familială. — Toți autorii sunt de acord să recunoască particularitatea constelației familiale. Copilul este mereu foarte dependent de familia sa, uneori cu o notă de agresivitate ambivalentă (copilul își poate justifica fobia școlară prin teama ca mama sa să nu moară când el este la școală).

Mama este o personalitate frecvent anxioasă, chiar fobică: astfel, Berg notează frecvența unei mame agorafobice. Ea este supraprotectoare, în identificare constantă și invazivă cu copilul său pe care-l menține într-o stare de dependență strânsă, întârziată și mai mult de rolul contrafobic pe care-l obligă să-l joace. Nu este rară o relație de tip sadomasochist între mamă și copil.

Tatăl este întotdeauna puțin securizant, slab, chiar absent (divorț sau deces). În această triangulare familială specifică, copilul, mai ales băiatul, nu pare să găsească în tatăl său o posibilitate de identificare pozitivă: fobia școlară este dovada prăbușirii posibilităților sale de identificare, în consecință a prăbușirii

idealului Eului și a narcisismului copilului. Refugiul într-o poziție pasivă o satisface pe mamă și îl liniștește pe copil, instaurând un cerc vicios. Importanța acestei constelații familiale îl incitase pe M. Sperling să distingă *fobia școlară acută* (secundară unui traumatism care reprezintă pentru copil o amenințare pentru capacitățile sale de control a realității: datorită simptomului fobic el își menține o vigilență constantă asupra anturajului său), *fobia școlară indusă* (secundară unei relații mamă-copil patologică, tipică atunci când este vorba de o mamă agorafobică), în sfârșit, *fobia școlară cronică* (interferența dintre cele două precedente).

Evoluție și abordare terapeutică

Evoluția depinde evident de structura psihopatologică subiacentă și de dinamica conflictuală familială. Foarte schematic se poate spune că:

- 30 până la 50% dintre cazuri au o evoluție favorabilă atât pe planul reinserției școlare, cât și pe cel al vieții extrașcolare;
- aproximativ 30% au o evoluție marcată de persistența dificultăților nevrotice, cu menținerea uneori a unei fobii școlare mai mult sau mai puțin accentuate, dar inserția socială e satisfăcătoare;
- 20 până la 30%, în sfârșit, au o evoluție defavorabilă marcată de persistența unei fobii școlare, dar mai ales prin existența de simptome diverse care determină dificultăți considerabile de adaptare socială.

Abordarea terapeutică este funcție de fixitatea sau nu a simptomului, dar și de contra-atitudinea pe care o induce: într-o manieră generală, orice atitudine de constrângere (încă frecventă din păcate) nu face decât să întărească simptomul:

- abordarea psihoterapeutică este de dorit, dar se înscrie într-o perspectivă pe termen lung. Nu trebuie să ne așteptăm ca aceasta să ducă la efecte directe asupra simptomului. În schimb, angoasa poate fi elaborată și nivelul său atenuat;
- abordarea familială (terapeut identic cu copilul mic, terapeut diferit cu copilul de 9-13 ani) este indispensabilă pentru a resitua funcția simbolică paternă. Ea nu este din păcate acceptată întotdeauna de familie;

– spitalizarea temporară, prin rolul său de deconșionare, aduce în fobiile școlare cronice singura posibilitate de schimbare și permite copilului o reinserție școlară adaptată (școala la spital) și integrarea într-un grup terapeutic. Este uneori un moment indispensabil înainte de a fi urmată de alte metode;

– antidepresivele tricolore sunt utile când o reacție depresivă este asociată cu fobia școlară, mai ales la adolescent. Se pot observa evoluții spectaculoase.

3. — AMENAJĂRILE ȘCOLARITĂȚII*

3.1. — ISTORIC

În privința școlii

Din momentul în care a devenit, în 1882, publică, laică și obligatorie până la 16 ani (1959), școala s-a interesat de timpuriu de copiii incapabili de învățare, într-o optică de reeducare. Crearea de clase speciale trebuia să răspundă nevoilor lor și să le permită să dobândească un minim de cunoștințe (citit, scris, numărat).

Primele clase de perfecționare create în 1909 au primit elevii în eșec școlar, evaluați prin testul Binet-Simon, pus la punct cu acest scop câțiva ani mai devreme. Ele nu mergeau mai departe de 14 ani. Când școlaritatea obligatorie s-a extins la 16 ani, școala a separat școala secundară de cea primară, lăsând clasele de perfecționare să primească copiii până la 12 ani și a creat secții de studii specializate pentru învățământul secundar (între 12 și 16 ani). Acestea din urmă, numite acum secții de învățământ general și profesional adaptat, sunt organizate pe același model ca omologii lor din colegii: a 6-a, a 5-a, și așa mai departe până la a 3-a.

La acest dispozitiv s-a adăugat împărțirea învățământului secundar în două cicluri: primul ciclu, clasa 6-a și a 5-a, constituind ciclul zis de „observație” și permițând, la sfârșitul său, orientarea către cicluri profesionale scurte (pregătire de certificate de aptitudini profesionale) a elevilor care nu pot să urmeze un învățământ general; cel de-al doilea ciclu, clasa 4-a și a 3-a, constituind un ciclu zis de „orientare” și deschizându-se asupra unor cicluri profesionale lungi (pregătirea de diplome de învățământ profesional, permițând ulterior întoarcerea la circuitul obișnuit la nivelul primei clase de liceu).

Aceste dispozitive diferite au drept obiectiv să moduleze cadrul școlar propus într-un mod obligatoriu până la 16 ani și de a preveni eșecul în învățământul general.

În privința pedopsihiatriei

De la închiderea instituțiilor psihiatrice și deschiderea spitalelor de zi, interesul frecventării școlii cu program scurt pentru unii copii, îngrijiți de acum în ambulatoriu, a devenit evident pentru pedopsihiatri. Noțiunea de integrare școlară s-a născut cu mult înainte de recunoașterea sa oficială.

Găsim prima definiție oficială a integrării în circulara emisă de Ministerul Educației Naționale în 29 ianuarie 1982 (82-048). Acest text se referă în același timp la handicapul mintal, motor și senzorial:

„Integrarea vizează mai întâi să favorizeze inserția socială a copilului handicapat, plasându-l cât mai devreme posibil într-un mediu obișnuit în care el să poată să-și dezvolte personalitatea și să-și facă acceptată diferența. Ea îi permite apoi să beneficieze, în cele mai bune condiții, de o formare generală și profesională, favorizând autonomia individuală, accesul la lumea muncii și participarea socială. În sfârșit, lărgind câmpul soluțiilor propuse părinților, integrarea le permite să-și exercite pe deplin responsabilitățile și să facă o alegere veritabilă în materie de educație pentru copilul lor handicapat”.

Integrarea școlară se articulează în jurul a două texte de lege: legea din 30 iunie 1975 în favoarea handicapatilor, iar cele două circulare din 29 ianuarie 82 și din 29 ianuarie 83 sunt puneri în aplicare, și legea de orientare asupra educației din 10 iulie 1989 care nu cuprinde în ea însăși nici o referință nouă la integrare dar fixează condițiile unei noi politici pentru școală, mai favorabilă integrării, organizării ciclurilor, pedagogiei diferențiate și adaptării învățământului la ritmul copiilor.

În 1982 sunt trasate marile linii ale acestei noi politici de integrare școlară: *integrarea trebuie să fie practică fără sistematizare, ea poate să îmbrace forme multiple în funcție de tipul de handicap, de personalitățile copiilor, de evoluția lor și de dorința familiilor.*

În 1983 (circulara din 29 ianuarie 1983: 83-082, 83-4 și 3/83/8), sunt precizate modalitățile de acțiune: mijloace reprezentate de personal și de localuri, dar mai ales modalități de cooperare între școală și sectorul medical și medico-educativ. Se stabilește un model tip de convenție care leagă partenerii integrării, convenție la care este anexat proiectul individual pentru copilul respectiv. Directorul de școală devine coordonatorul acțiunilor de integrare și li se cere instituțiilor de îngrijire să detașeze o parte din personalul lor pentru a participa la integrare.

Din 1989 (legea orientării școlare din 10 iulie 1989), școala se dotează cu un nou dispozitiv care facilitează integrarea, cu:

- reorganizarea rețelei de ajutor specializat pentru elevii în dificultate (fostul GAPP, grupare de ajutor psihopedagogic) devenit din 9 aprilie 1990 rețea de ajutor specializat al educației naționale (RASED) (circulara 91-082). Această nouă poziție nu-i mai lasă singuri pe reeducatorii Ministerului Educației Naționale în fața tratamentului eșecului școlar, ei pot de acum să ceară, caz cu caz sau prin convenție, ajutorul unor instituții de îngrijire exterioare școlii, fie că este vorba de centre medico-psihologice (CMP), de centre medico-psihopedagogice (CMPP) sau de instituții specializate;

- crearea de clase de integrare școlară (CLIS) pe 18 noiembrie 1991 (circulara

* Paragraf scris de Dr N. Catheline.

91-304), a cărei originalitate rezidă în „trierea” în prealabil a handicapurilor: handicapuri senzoriale, handicapuri motorii, handicapuri mintale și funcționând pe un model „fără bariere”: perioade alternate de pedagogie adaptată handicapului și de integrare într-o clasă obișnuită corespunzând vârstei civile a copilului;

— apoi crearea unităților pedagogice integrate (UPI), în cadrul învățământului secundar, la data de 17 mai 1995 (circularea 95-124). Aceste structuri s-ar ocupa de copiii cei mai în dificultate, datorită muncii conjugate a pedagogilor specializați din Ministerul Educației Naționale (profesor de școală titular al CAPSAIS) și din serviciile de îngrijire: servicii de îngrijire și de educație la domiciliu, de exemplu.

Două circulare (30 octombrie 1989 și 18 noiembrie 1991) precizează de altfel necesitatea de a favoriza integrarea copiilor care necesită educație specială (instituții de educație specială și centre de îngrijiri medicale care dispun deja de personal de predare: spitale de zi, servicii spitalicești, instituții cu caracter medical, sanitar sau social) și insistă asupra necesității pentru aceste structuri de a dispune de personal de predare în cantitate și calitate suficientă, adică titular al CAPSAIS (certificat de aptitudine pentru activitățile pedagogice specializate pentru adaptarea și integrarea școlară).

3.2. — CONCEPTUL DE INTEGRARE ȘCOLARĂ

Conceptul de integrare, adică *operația prin care un individ sau un grup se încorporează într-o colectivitate, într-un mediu* (Dicționarul *Robert*), nu are prejudecata unei soluții unice. Acest concept a evoluat plecând de la o abordare relativ statică (cea a prezenței într-un mediu obișnuit) către o abordare mai dinamică ce implică luarea în considerare a evoluției copilului prin căutarea soluției optime la un moment dat. Principalul său obiectiv este deci de a oferi răspunsuri adaptate nu doar fiecărui tip de handicap, ci și personalității copiilor, diferitelor etape ale evoluției lor, dorințelor lor și ale familiilor lor, răspunsuri pregătite de mediu de primire. Dincolo de amenajările școlarității propriu-zise, urmarea unui traseu școlar, oricare ar fi locul și modalitățile, poate reprezenta pentru copilul handicapat un proces integrator optimal, cu condiția să țină cont de handicapul copilului. Această dezvoltare a unei politici de integrare tinde să corecteze deficiențele politicii instituționale a anilor '50-'60 care a condus la crearea oarecum anarhică a unei cohorte de instituții medico-sociale.

3.3. — STAREA ACTUALĂ A INTEGRĂRII

Care sunt mijloacele de care dispune integrarea?

La grădiniță. — Aceasta nefiind obligatorie, nu există nici o reglementare și integrările de copii handicapați mental, motor și senzorial se fac la mica înțelegere între instituțiile de îngrijire, familie și școală. Socializarea și dezvoltarea instrumentelor de comunicare fiind prioritară, atât pentru profesioniști cât și pentru familie, în absența focalizării asupra deprinderilor strict școlare, realizarea unei integrări școlare este destul de simplă și, în majoritatea cazurilor, benefică și efecace. Astfel, copiii psihici sau cu trisomie 21 ar avea de câștigat din frecventarea grădiniței cu program redus.

La școala elementară. — Clasele de integrare școlară (CLIS) și rețeaua de ajutor specializat a educației naționale (RASED) asigură dispozitivul de integrare. CLIS-urile, create prin legea de orientare din iulie 1989, plasate sub responsabilitatea directorilor școlilor în care sunt instalate, sunt ținute de profesori titulari ai CAPSAIS-ului și care au o formare specifică în funcție de handicap. Într-adevăr, aceste CLIS se substituie claselor speciale (clase de perfecționare, clase pentru handicapatul motor, senzorial etc.) dar ele se repartizează în 4 tipuri după handicap: CLIS 1 pentru handicapatul mental, CLIS 2 pentru handicapatul auditiv, CLIS 3 pentru handicapatul vizual, CLIS 4 pentru handicapatul motor. Obiectivul CLIS-urilor este de a permite acestor elevi să urmeze total sau parțial un traseu școlar identic cu copiii normali de aceeași vârstă, câștigând și dintr-o școlaritate adaptată, și din inserția acestor clase într-un mediu obișnuit. Ei beneficiază în plus de îngrijiri specifice pentru handicapul lor, asigurate de instituția sanitară legată prin convenție de școală (centru medico-psihologic, CMPP, SSESAD etc.). CLIS-urile pot să primească cu program redus copiii plasați în instituții specializate. Admiterea în aceste clase este subordonată deciziei unei comisii de educație specială (CCPE în principiu, CDES uneori când intervine un serviciu de integrare cu preț pe zi, SSESAD de exemplu) (v. cap. 26, 3.3.).

RASED-urile, care au înlocuit GAPP (grup de ajutor psihopedagogic) create în 1970, sunt întotdeauna constituite dintr-o echipă formată din trei profesori specializați care au lucrat cu copiii cel puțin cinci ani, formați în tehnici specifice de readaptare și în practica testelor de evaluare: reeducatorii în psihopedagogie, reeducatorii în psihomotricitate și psihologii școlari. Recrutarea și formarea acestora din urmă sunt totuși în curs de reformă. Diferența dintre GAPP-uri și RASED-uri se situează la nivelul obiectivului lor. S-au deschis către prevenție. Părăsind unicul domeniu al reeducării care era înainte rezervat GAPP-urilor,

RASED-urile nu ezită să facă apel la sectoarele de psihiatrie infancto-juvenilă, la CMPP-ul din vecinătate, la SSEAD „*într-un spirit de coordonare care dezvoltă și întărește rolul său deosebit de favorabil, și anume o acțiune mediatizată pe lângă copii, familii și profesori*” (Decobert S., 1985).

În învățământul secundar. — Dispozitivul de integrare este mai puțin amplu din două motive: primul este că, de obicei, cazurile cele mai grele (psihoză, autisme, alterări cromozomiale) au o evoluție care nu autorizează un ritm și o calitate a achizițiilor permittând accesul la învățământul secundar. Mulți dintre acești copii sunt luați în grijă de către structuri medico-educative adaptate (IME). Cel de-al doilea este că există deja în învățământul secundar o organizare complexă și diversificată de învățământ și de formare sau de preformare profesională adaptată: secții de educație generală și profesională adaptată (fostele SES), CIPPA (cicluri de inserție profesională prin alternanță) care au înlocuit CPA (clase de preînvățare) și CPPN (clase preprofesionale de nivel), a 4-a tehnologică și a 3-a de inserție. Școala asigură frecvent marea majoritate a inserției școlare și profesionale a copiilor și adolescenților care prezintă handicapuri stabilizate ale copilăriei. Totuși, au apărut noi tendințe, iar circulara din 18 noiembrie 1991 (91-302), inspirându-se din urmările pozitive ale integrării handicapatilor în școala elementară, ar dori să vadă acest dispozitiv de integrare extinzându-se la învățământul secundar. Asociațiile de familii au fost deosebit de determinante în realizarea acestor dispoziții. În mai 1995 au fost create UPI (unități pedagogice adaptate: circulara din 17 mai 1995, nr. 95-124). Vor urma desigur alte circulare de aplicare. Astăzi, UPI nu funcționează încă. Obiectivul lor este de a permite unor tineri handicapați, majoritatea trăind în instituții (sau în așteptare) să beneficieze, prin frecventarea mediului școlar obișnuit, atât de deprinderile sociale, gaj al unei bune inserții în lumea muncii, cât și de o întărire a achizițiilor școlare, premise ale unei formări profesionale. UPI primesc preadolescenți și adolescenți de la 11 la 16 ani al căror handicap mintal a fost recunoscut de o comisie de educație specială (CDES sau CCSD).

3.4. — CÂȚI COPII SUNT VIZAȚI DE INTEGRAREA ȘCOLARĂ?

Efectivele de elevi handicapați integrați scad regulat din 82-83. Anul '89-'90 este ultimul an în care numărul total al handicapatilor a fost repertoriat: 24 659 (Triomphe A., 1995). Nu mai există acum mijloace disponibile pentru a recenza populația handicapată integrată în totalitatea sa, integrarea având drept obiectiv tocmai sfârșitul acestei distincții. În 1989-90, 16385 elevi handicapați erau integrați în școala primară, respectiv 66,4% din populația handicapată și doar

8274, respectiv 33,6% în școala secundară. Populația handicapată este puțin mai școlarizată în ciclul primar față de populația generală (62,2% față de 58,4%). În schimb, șansa pentru copiii handicapați de a urma studii secundare este mai mică decât pentru populația generală: 33,6% față de 44,9% dintre copiii din populația generală. Mulți copii și adolescenți handicapați sunt integrați în învățământul profesional (19,2% față de 13,3% pentru populația generală). Prin opoziție, ei urmează mai puțin învățământul general (18,6% față de 28,3%). Repartiția pe tip de handicap arată o diminuare netă în timp a deficiențelor intelectuale: ei trec de la 13781 în '82-'83 la 6607 în '89-'90, partea sa relativă trecând de la 44% la 26,8%, în profilul celorlalte categorii de handicapuri: aproximativ 2300 pentru deficienții vizuali, 4400 pentru deficienții auditivi, 9500 pentru deficienții motori și 2209 pentru tulburările relaționale, categoriile repertoriată pentru prima dată în anchete în 85-86, dar care dispar din anchete în '90-'91, o parte fiind probabil inclusă în deficienții intelectuale. În învățământul primar, repartiția handicapurilor se face după cum urmează: 1042 deficienți vizuali, respectiv 7%, 2490 deficienți auditivi, respectiv 16%, 4384 deficienți motori, respectiv 29%, 1104 suferind de tulburări somatice, respectiv 7% și 6294 copii deficienți intelectual, respectiv 41%. În învățământul secundar, repartiția pe tip de handicap arată o scădere a deficienților intelectual care nu mai reprezintă decât 7,5% din efectivul total, deficienții vizuali: 14%, deficienții auditivi: 32%, infirmii motori: 21% și celelalte deficiențe fizice: 25%. Repartiția elevilor din învățământul secundar după tipul de handicap arată că deficienții vizuali și, mai puțin, infirmii motori și celelalte deficiențe fizice au mai multe șanse de a urma o școlaritate generală decât un învățământ profesional. Această ultimă orientare este în schimb prevalență pentru deficiențele auditive și intelectuale.

3.5. — CE POPULAȚIE POATE BENEFICIA DE INTEGRARE?

Când handicapul este constat înaintea deprinderilor școlare (deficiențe motorii sau senzoriale) sau când originea handicapului este recunoscută nu în termeni de neadaptare la școală, ci ca tulburări de dezvoltare (dizarmonii de evoluție, sindroame autistice), serviciile de îngrijire care au în grija lor copilul negociază cu școala un plan de integrare a cărui finalitate este de a permite copilului să-și urmeze dezvoltarea în contactul cu copii normali, iar familiei să *atenueze violența recunoașterii handicapului sprijinindu-se pe reprezentarea socială a școlii și efectele sale rituale* (Botbol M., 1995). Într-adevăr, o propunere de orientare către o instituție specializată făcută prea devreme de echipa de îngrijire poate să fie trăită ca o agresiune, siderând procesul de doliu al părinților. În măsura în care integrarea nu maschează realitatea handicapului, ea autorizează

o trecere suplă permițând părinților să se angajeze într-o acceptare progresivă a handicapului copilului lor. Integrarea joacă un rol deosebit de pozitiv în patologiile grele și în timpul primei faze a școlarizării, adică a grădiniței.

Integrarea este mai iluzorie și nu ar trebui să poarte acest nume când patologia este reperată de școală. Într-adevăr, această desemnare de către profesori a neadaptării copilului la sistemul școlar provoacă la părinți atitudini de negare și de protecție (punere sub semnul întrebării a metodelor pedagogice, a calității relaționale a profesorilor). Exigența din partea școlii de a începe un program terapeutic este atunci trăită de părinți ca o condiție, în cel mai rău caz ca un șantaj, în schimb menținerii copilului în școală. Acceptarea planului terapeutic este cel mai frecvent superficială, artificială, și „integrarea” e mai mult formală decât reală. În acest sens, circulara din 29 ianuarie 1983, numindu-l pe directorul de școală responsabil de punerea în lucru a proiectului de integrare, își află aici limitele. A utiliza școala în funcția sa socializantă și de achiziție de cunoștințe este un lucru, a menține neapărat copiii în circuitul școlar obișnuit, făcând apel la dispozițiile de îngrijire pentru a le evita o orientare trăită de școală ca un eșec al misiunii sale, este altceva.

În învățământul primar, achizițiile școlare de bază sunt în centrul dezbaterii din moment ce de calitatea lor va depinde orientarea viitoare. Împărțirea sarcinilor fiecăruia devine astfel frecvent o sursă de conflicte: frecventarea unei instituții medicale reprezintă pentru școală un timp pierdut pentru învățare. La polul opus, sectorul medico-educativ ignoră complet prea des exigențele unui program școlar și constrângerile vieții școlii. În acest context de exigențe de învățare și de adaptare la ritmul școlar, doar handicapurile al căror dinamism evolutiv este important pot beneficia de integrare (dizarmonia de evoluție, de exemplu). În schimb, în această perioadă de creștere rapidă a deprinderilor, copiii purtători de handicapuri grele beneficiază de a se afla în instituții specializate mai atente la ritmul și la potențialul lor.

În învățământul secundar, integrarea preadolescenților și adolescenților este deosebit de interesantă din mai multe puncte de vedere: în această perioadă a vieții, handicapul este frecvent cunoscut, stabilizat. Adaptarea socială și profesională a adolescentului devine atunci prioritară. Achizițiile școlare nu mai sunt în primul plan al preocupărilor, școala și instituțiile punând atunci să acționeze împreună și fără divergențe notabile, cu atât mai mult cu cât Educația Națională, așa cum am spus înainte, dispune de structuri diversificate și relativ bine adaptate pentru a-i primi pe acești adolescenți, cu condiția totuși ca handicapul lor să fie stabilizat și compatibil cu viața în colectivitate. Integrarea în colegiu (în SEGPA sau în CIPPA) este atunci pentru adolescent, ca și pentru familia sa și cei ce-l îngrijesc, finalul fericit a ceea ce a fost trăit uneori ca o lungă excludere.

3.6. — CARE SUNT CONDIȚIILE OPTIME PENTRU O INTEGRARE ȘCOLARĂ REUȘITĂ?

Privilegierea integrărilor ca la carte

Ideal, integrarea trebuie să rămână un „montaj” individual. Textele nu trebuie să servească decât pentru a da un caracter legal acțiunii fără a o îngreuna prin constrângeri administrative prea mari. Capacitatea profesorului și a școlii în ansamblul său de a primi copilul, dorința părinților, posibilitățile de ajutor oferite de serviciul medical, sunt tot atâtea elemente de luat în considerare pentru stabilirea proiectului. Ca regula generală, și datorită sectorizării, întotdeauna aceleași structuri lucrează împreună. O colaborare astfel continuată prezintă avantajul unei mai bune cunoașteri mutuale, dar și riscul omogenizării abordărilor. Lucrul cu familia rămâne actualmente piatra de căpătai a dispozitivului, or așteptările ei, dinamica ei proprie, capacitățile sale de mobilizare nu sunt luate în seamă suficient, înecate fiind într-o organizare formală de ședințe, echipe educative și alte comisii de educație specială. Când școala gestionează, așa cum textele îi conferă puterea, ea face loc, în marea majoritate a timpului, unei organizări administrative rigide în care ea tinde să facă să intre toate cazurile. Uneori, de asemenea, oferta creând cererea, obișnuința de a munci cu o structură sau alta face ca școala să împingă frecvent familia să se trateze în structura cu care obișnuiește să lucreze. Se regăsește aici nevoia de control a Educației Naționale, căreia nu-i place să lase să intre în sânul său modele de funcționare diferite de al ei.

Să accepți să te distanțezi de obișnuitele criteriile proprii de evaluare

În ceea ce privește școala, constatarea binefacerilor, pentru copiii handicapați, ale socializării și ale frecventării de copii normali de vârsta lor, a fost fără îndoială o urmare pozitivă a integrării și un element important de schimbare în funcționarea sa. În acest sens, interesul funcționării clasei pe modelul deschiderii, născut din practica integrării, a influențat cu certitudine crearea ciclurilor în legea de orientare școlară din 10 iulie 1989. Totuși, datorită revendicării monopolului învățământului, Educația Națională tinde să propună crearea pentru handicapați a unor structuri speciale în cadrul său (cf. CLIS). Avem de ce să ne felicităm pentru o asemenea evoluție, dacă aceste structuri pot să creeze un cadru mai satisfăcător integrării. În schimb, trebuie să fim vigilenți față de stabilirea unui monopol al integrării care ar fi deținut de Educația Națională. În ceea ce privește instituțiile, unii copii plasați în instituții specializate, al căror comportament nu părea compatibil cu o școlaritate standard, au văzut cum atitudinea lor s-a normalizat în contact cu copii obișnuți, ceea ce le-a permis să

beneficieze de structura școlară, cu câștigurile narcisice pe care le putem imagina atât pentru părinți, cât și pentru copil, și reflectarea în funcționarea instituțiilor pe care aceasta a permis-o și care, ca urmare, practică din ce în ce mai mult integrarea.

Să nu cedezi la o ideologie a „totului instituțional” sau a „totului școlar”

Unele familii sau unii profesioniști caută să utilizeze integrarea în manieră „dogmatică”. Or, este evident că, așa cum am arătat mai sus, integrarea trebuie să rămână o problemă singulară, o alternativă educativă, și nu o obligație. Unii copii cu trisomie vor beneficia de o menținere în școala primară până la sfârșitul ciclului deprinderilor fundamentale, alții vor câștiga în a fi orientați mai devreme spre o instituție. Nu trebuie să pierdem din vedere că acceptarea deplină a familiei rămâne prioritatea în materie de integrare, este necesar să găsim timpul să însoțim familia în recunoașterea apoi în acceptarea handicapului, fără de care integrarea riscă să nu fie utilă decât profesioniștilor.

3.7. — CONCLUZIE

Educația Națională, codificând în 1982 integrarea școlară care există de la crearea spitalelor de zi, a suscitat întâlnirea a două domenii de dezvoltare a copilului aflate până atunci la distanță : școala și pedopsihiatria, prima aducând cadrul, cea de-a doua mijloacele. Integrarea este departe de a-și fi găsit ritmul de croazieră, cum sugerează remanierarea importantă a structurilor de primire și de ajutor cu care este dotată școala. Într-adevăr, aceasta din urmă este obligată să primească copii care o derutează, în timp ce sectorul medical se teme să nu fie obligat să se supună exigențelor școlii. Totuși, și dincolo de divergențe, integrarea reprezintă pentru numeroși copii handicapați șansa unei confruntări cu alte relații, o deschidere către noi expresii, o stimulare necesară dezvoltării lor. Pentru părinți, primirea în școală, în măsura în care nu este prezentată ca o inducere în eroare, le permite să accepte handicapul și o orientare spre un mediu specializat, când integrarea și-a atins limitele.

BIBLIOGRAFIE

- BAILLY D.: *L'angoisse de séparation*, 1 Vol., Masson, 1996.
BERG I.: School phobia in the children of agoraphobic-women. *Brit. J. Psychiat.*, 1976, 128, 86-89.

- BOTBOL M.: Maternelle intégrée et intégration au soin. *Neuropsych. de l'Enf. et de l'Adolesc.*, 1995, 43, 7-8, 313-319.
BROUSSELLE A.: Fantasma et concept mathématique. *Psy. enf.*, 1973, 16 (2), 467-491.
CARRIC N.: L'échec scolaire. *Rev. neuro. psy. inf.*, 1977, 25 (8-9), 489-499.
CHILAND C., YOUNG J.G.: *Le refus de l'école, un aperçu transculturel*, PUF, Paris, 1990, 1 vol.
DECOBERT S., RIQUIER M.: L'école élémentaire. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, p. 2809-2830. PUF, Paris, 1995.
DUGAS M., GUERLOT C.: Les phobies scolaires: étude clinique et psychopathologique. *Psy. enf.*, 1977, 20 (2), 307-382.
ESTES H.R., HAYLETT C.H., JOHNSON A.M.: Separation anxiety. *Am. J. Psychotherap.*, 1956, 10, 682-695.
GORIN V., MARCELLI D., INGRAND P.: Angoisse de séparation: étude épidémiologique sur 1206 enfants entre 2 et 7 ans. *Neuropsych. de l'Enf. et de l'Adolesc.*, à paraître.
HASAERTS-VAN GEERTRUUDEN E.V.: La dyscalculie chez l'enfant. *Rev. neuro-psychiat. inf.*, 1975, 23 (10-11), 665-677.
HERSOV L.: Le refus d'aller à l'école. Une vue d'ensemble. In: *Le refus de l'école, un aperçu transculturel* de Chiland C., Young J.G., PUF, Coll. Fil Rouge, 1 vol. Paris, 1990.
JOHNSON A.M., FALSTEIN E.T., SZUREK S.A., SVENDSEN M.: School phobia. *Am. J. Orthopsychiatry*, 1941, 11, 702-711.
LAST C.G., FRANCIS G., HERSEN M., KAZDIN A.F., STRAUSS C.C.: Separation anxiety and school phobia: a comparison using DSM-III criteria. *Am. J. Psychiatry*, 1987, 144, 5, 653-657.
LEBOVICI S., LE NESTOUR A.: A propos des phobies scolaires graves. *Psy. enf.*, 1977, 20 (2), 383-432.
NUMERO SPECIAL: L'échec scolaire, abord psychopathologique. *Confrontations psychiatriques*. Spécia Ed. 1983, 23, 1 vol.
MAZET Ph.: L'enfant à l'école maternelle. *Rev. prat.*, 1980, 30, 2813-2819.
MAZET Ph., MARCELLI D.: Le pédiatre et les difficultés scolaires. 1-ère partie. *Rev. Pédiatrie*, 1976, 12 (10), p. 583-588. 2-e partie : *Rev. Pédiatrie*, 1977, 13 (1), 47-56.
RAULT A.: *Echec et difficultés scolaires*. PUF, Paris, Modules 1987, 1 vol.
RAVARD J.-C., RAVARD F.: La compétence pédagogique. Facteur méconnu dans l'échec scolaire. *Neuropsychiatrie Enfance*, 1982, 30, 9, 483-488.
SCHMID M.: L'équipe de psychiatrie scolaire: ses problèmes, sa clientèle, sa collaboration avec le corps enseignant. *Psy. enf.*, 1975, 18 (1), 261-312.
SPERLING M.: School phobia: classification, dynamic and treatment. *Psycho.*

Analytic S. of child, 1967, 22, 375-401. (Trad.: Rev. Franç. Psych., 1972, 36, 265-286.)

STAMBAK M., VIAL M.: Problèmes posés par la déviance à l' école maternelle. *Psy. enf.*, 1974, 17 (1), 241-335.

TABLE RONDE: Entretiens de Bichat: l'enfant face à l'échec scolaire, FERRARI P., GEISSMANN P., ANZIEU A., TERRIER G., GIBELLO B., *Neuropsychiatrie Enfance*, 1982, 30, 9, 467-481.

TRIOMPHE A.: *Les personnes handicapées en France. Données sociales 1995*. INSERM, Paris, 1995.

24 COPILUL MIGRANT

Importanța mișcărilor migratorii pe care le impun societățile industriale moderne face necesar studiul efectelor sale asupra echilibrului familial, a inserției sociale a nucleului familial și a influenței asupra fiecărui membru. Copilul, prin însăși fragilitatea sa, prin dependența sa de părinți, prin socializarea sa în curs, prin procesul de școlarizare, este în centrul problemelor ridicate de mișcările migratorii. Dacă abordăm aici în principal dificultățile întâlnite de copilul străin, nu trebuie să subestimăm migrațiile „interne”, precum trecerea de la micul sat natal la cartierul suburban, sau trecerea de la fermă la apartamentul de la bloc. Pe lângă modificările profunde ale condițiilor de viață, se adaugă o ruptură de o parte din familie, mai ales de generația bunicilor, și o ruptură de condiscipoli (prieteni, camarazi de clasă).

Nu trebuie să mai spunem că copilul migrant venind dintr-o țară străină va trebui să facă față aceluiași probleme și, în plus, schimbărilor lingvistice, culturale, climatice chiar, în condiții socio-economice cel mai frecvent mediocre.

1. — DATE DEMOGRAFICE

De zece ani, numărul de străini care trăiesc în Franța s-a stabilizat. Marile comunități străine rămân aceleași (fără din Europa de Sud, Maghreb). Totuși, unele comunități au emigrat mai recent: turci, cambodgieni, laotieni, vietnamezi... ultimul recensământ al INSEE (1990) evaluează populația străină care trăiește în Franța la 3,7 milioane. În funcție de țara de origine, se observă repartitia următoare: portughezi 17,6%; algerieni 16,6%; marocani 15,4%; italieni 6,8%; spanioli 5,8%; tunisieni 5,6%; turci 5,3%. Celelalte naționalități sau comunități sunt mult mai reduse (belgieni, iugoslavi, africani). De altfel, numărul de francezi născuți în afara Franței și care au dobândit naționalitatea franceză este de 1,3 milioane, din care 57% sunt originari din Comunitatea Europeană, 14% din restul Europei, 29% din Asia (Cambodgia, Laos, Vietnam).

Totuși, aceste cifre maschează o realitate adesea foarte diferită pe teren.

Într-adevăr, repartitia pe teritoriul regional este foarte inegală, trei regiuni fiind în principal implicate: regiunea pariziană (35%), zona Ron-Alpi (15%) și Coasta de Azur (10%). Pe de altă parte, un fenomen de regrupare amplifică inegalitățile de repartitie, atât ale numărului global de imigranți cât și ale naționalităților lor. Astfel, în anumite școli din periferia pariziană, procentajul de copii străini poate ajunge de 30 – 40%. Iar sociologii recunosc că peste aproximativ 12% fenomenele legate de rasism devin greu controlabile.

În marea sa majoritate, imigrația răspunde la căutarea unui loc de muncă, mișcări vechi și tradiționale în Europa însăși (italieni, spanioli, portughezi și poate iugoslavi mâine?), dar și în țările francofone (Algeria, Maroc, Africa neagră). În ansamblu, aceste familii migrante au un nivel socio-economic defavorizat, factor care nu este fără incidență asupra morbidității populației infantile. Mai recent, a reapărut o migrație politică, sud-americană, asiatică printre alții. Pentru aceștia din urmă, nivelul socio-economic este frecvent mai ridicat.

2. — BICULTURALISM ȘI BILINGVISM

Între cei doi termeni, biculturalism și bilingvism, există frecvent o confuzie întreținută de faptul că bilingvismul este prin el însuși o ilustrare a diverselor conflicte intrafamiliale, școlare sau sociale. Dacă biculturalismul pare să înglobeze o problemă mai vastă, bilingvismul reprezintă prima problemă cu care se confruntă copilul de migrant datorită școlarizării sale.

2.1. — BICULTURALISMUL

Într-o manieră schematică s-ar putea spune că părinții vor suferi din cauza diferenței dintre cultura de origine și cultura țării care-i primește, în timp ce, pentru copil, dificultățile par a se concentra asupra diferenței dintre limba familială și limba socială. În schimb, adolescentul va regăsi, în căutarea identității sale, tensiunile rezultate din confruntarea dintre cele două culturi, într-o manieră acută și exacerbată.

Înainte de a aborda dificultățile copilului însuși, trebuie descris rapid mediul său familial, mai ales ceea ce trăiesc părinții la trecerea frontierei: ruptura modului de viață obișnuit, a spațiului sociocultural tradițional (familie, prieteni, casă), ruptura accentuată de sentimentele de pierdere și de doliu iar insecuritatea resimțită în țara de primire, suscită temeri pe care realitatea, din păcate, le confirmă frecvent. Necesitatea de a fi „în regulă”, de a avea toate documentele proprii,

reprezintă caricatura acestei nevoi de o nouă identitate. Aceste două mișcări afective, sentimentele de pierdere și frica paranoidă sunt de obicei compensate de speranța pe care o subînțelege exilul: speranță financiară (construcția casei în satul natal), speranță politică (gloria exilului). Dar prețul de plătit se dovedește de obicei mai greu decât cel așteptat, existând atunci riscul să se ajungă la o repliere defensivă pe celula familială și la refuzul unei integrări culturale, chiar parțiale.

Dacă bărbatul este frecvent obligat din motive profesionale să adopte, cel puțin parțial, cultura de primire, femeia, mai ales dacă are copii, poate să-și rămână total străină, și chiar după mulți ani să ignore complet limba țării de primire. Această repliere familială poate de altfel să fie simptomul unei reale depresii a mamei, incapabile să elaboreze pierderea cadrului său obișnuit de viață. În aceste condiții, riscul de fragmentare culturală este mare: viața profesională sau școlară se situează în cultura nouă, viața casnică în cultura de origine.

La toate aceste dificultăți se adaugă problemele legate de condiții foarte medii de viață economică ce situează un mare număr de familii migrante ca fiind ceea ce epidemiologii numesc „familii cu risc”.

Copilul este vectorul privilegiat al riscurilor astfel denumite, cele ale biculturalismului mai întâi, care poate duce la o veritabilă fragmentare a vieții sociale, apoi cele ale nivelului socio-economic mediu cu toate carențele pe care le implică (v. cap. 20), în sfârșit cele ale remanierilor familiale secundare noilor condiții de viață. Astfel, tatăl care și-a pierdut rolul său tradițional, fizic absent prin numărul mare de ore de muncă, nu mai reprezintă nici forța, nici protecția, nici securitatea obișnuite. Mama nu mai pare să-i acorde încredere. Copilul, în aparență repede deprins cu noua cultură, deținător al noii limbi, devine mediatorul pe lângă cultura de primire: el își însoțește părinții și le traduce discursul la primărie, la medic, la Securitatea Socială etc. Asistăm aici la un fel de inversiune a rolurilor părinți-copii, care nu va putea să nu pună probleme ulterioare, mai ales adolescentului migrant.

2.2. — BILINGVISMUL

Problema mai specifică decât cea a biculturalismului, el a fost obiectul a numeroase studii ale căror rezultate sunt frecvent contradictorii. Trebuie totuși să distingem bilingvismul intrafamilial (tată și mamă de naționalități diferite) și bilingvismul de imigrare, sau, în termenii lui R. Titone, problemele ridicate de bilingvismul precoce și cele ale învățării precoce a limbilor străine.

Primul pune problema învățării simultane a două limbi. Pentru unii autori,

copiii crescuți într-un mediu perfect bilingv prezintă o inferioritate și o capacitate lingvistică scăzută (Pichon), ceea ce nu este confirmat de alții. Astfel, Tabouret-Kelter consideră că bilingvismul este favorabil într-un cadru normal de educație. În aceste condiții, copiii par să dezvolte un sistem bilingv „compus”, în care simbolurile celor două limbi funcționează ca alternative interschimbabile pentru aceeași semnificație (Lambert). Un astfel de bilingvism ar fi mai degrabă un factor favorabil care stimulează organizarea gândirii, cele două limbi fiind atunci în legătură, cel puțin cantitativ, cu maniera în care comunicările anturajului sunt repartizate între aceste două limbi. Nivelul sociocultural pare preponderent din moment ce dezvoltarea limbajului copilului, bilingv sau nu, este strict corelat cu nivelul limbajului anturajului său (Tabouret-Kelter).

Cu totul altul este bilingvismul de imigrație. În acest ultim caz, dificultățile nu sunt de natură lingvistică ci mai degrabă psihologice. Ele ilustrează locul frecvent hierarhic pe care îl ocupă în sânul familiei cultura de origine și cultura țării de primire: fie respingere a culturii țării de primire și cramponare cvasi-disperată la tot ceea ce aparține culturii de origine, fie, dimpotrivă, supralvalorizare a culturii țării de primire, cu o căutare disperată a integrării, cu prețul unei renunțări la legăturile tradiționale. Învățarea limbii franceze la școală, utilizarea spontană a acestei limbi cu cei de vârstă sa îl fac pe copil să poarte obligatoriu greutatea acestei investiții: refuz și eșec școlar când limba, cultura de imigrație sunt respinse, reușită uneori foarte strălucită când sunt, dimpotrivă, supralvalorizate. Sigur, totul nu este atât de schematic, rolurile putând de altfel să fie repartizate diferit în sânul unei aceluiași familii, în funcție de rangul în fratre sau sexul copilului.

3. — PATOLOGIA COPILULUI MIGRANT

Ansamblul studiilor efectuate pe copiii migranți arată că, dacă nu există tulburări specifice, în schimb situația de migrant constituie în termeni epidemiologici „un factor de risc” care este uneori greu de disociat de factorul de risc reprezentat de situația socio-economică defavorizată în care trăiește în general populația de migrații, fiecare factor părănd să-l întărească pe celălalt. Astfel, în serviciile de Ajutor Social pentru copii, jumătate din dosarele de plasare temporară și 20% din dosarele de cerere de custodie privesc pe copiii de migrații. Riscul de plasare temporară pentru un copil din Maghreb sau un copil portughez este de 20-25 de ori mai mare decât pentru un copil francez, și riscul de custodie de 5 ori mai mare.

În funcție de vârstă, riscul patologic se situează în sfere diferite: înainte de vârsta școlară, patologia carențială, atât somatică cât și psihologică, pare a fi supraprezentată. În perioada de latență, dificultățile școlare ocupă prim-planul scenei. În sfârșit, la adolescență, conflictele de identitate sunt amplificate de realitatea biculturalismului și explică o parte din tulburări. Vom trata pe scurt dificultățile copilului migrant la școală deoarece dificultățile care survin la vârsta preșcolară ne par legate de factorii socio-economici mai mult decât de situația de migrant. În ceea ce privește dificultățile întâlmite de adolescent, ele fac obiectul unui capitol specific în lucrarea *Adolescență și Psihopatologie* (v. cap. 18).

Din punct de vedere statistic, proporția de copii migranți în diversele cicluri de școlaritate pentru anul 1978-1979 este ilustrată în tabelul IX.

TABEL IX. — *Proporția de copii migranți în diversele cicluri de școlaritate (1978-1979)*

	Număr	Procentaj
Învățământ preelementar	202 042	9,3%
Învățământ elementar	374 906	9,4%
Învățământ special	16 880	14,1%
Învățământ secundar	245 027	4,95%
Învățământ superior	104 503	12,63%

Media globală pentru ansamblul școlarității este de 7,96%, cu o foarte mare inegalitate de repartuție.

Eșecul școlar se întâlnește cu o frecvență foarte crescută, din moment ce aproximativ 30% din copiii de migrații au cel puțin un an întârziere, 20 până la 25 % au doi ani întârziere. Doar 30% din copiii migranți ajung în ultimul an de școală elementară (CM 2) la vârsta normală. Aceste cifre prezintă importante variații în funcție de naționalitate, variații care par a fi paralele cu vechimea imigrației: astfel micii portughezi au în prezent o rată de eșec superioară spaniolilor.

Dacă contabilizăm și eșecurile parțiale, se poate spune că doar 20% dintre copii ajung să se insereze în sistemul școlar standard.

Or, diversele studii asupra eficienței copiilor migranți arată că aceasta prezintă o distribuție normală atunci când testele nu fac apel direct fie la limbaj, fie la norme culturale (Carric).

Belmelmans compară copiii imigrați și copiii autohtoni de același nivel cultural. El ajunge la concluzia că imigrații cu nivel cultural slab au un deficit lingvistic global (ei nu-și cunosc propria limbă mai bine decât pe cea a școlii), în timp ce, *a contrario*, copiii migrați cu un bun nivel cultural au frecvent o reușită școlară superioară față de cea a omologilor lor autohtoni.

Pe de altă parte, tehnica de învățământ școlar de tip frontal, care presupune cunoștințe dobândite anterior, stabile, pentru a avea acces la cunoștințele din anul următor, nu face decât să amplifice disparitățile mai ales pe seama imigraților. Școala însăși, prin procesul segregării, întărește această spirală a eșecului, cu instituții „bune” și „rele”, în care se găsesc mai degrabă concentrați imigrații. În sfârșit, dacă comparăm eșecul școlar și nivelul socio-economic la autohtoni și la imigrați, se constată că ceea ce declanșează adaptarea sau neadaptarea este achiziția normelor sociale de comunicare. Imigrații sunt ușor defavorizați deoarece, pentru ei, această achiziție de norme sociale este mai grea din cauza unui deficit global al limbajului.

În concluzie, acest eșec școlar cunoaște numeroase cauze care se potențează reciproc: dificultăți lingvistice, nivel socio-cultural mediu, sistem pedagogic prost, accentuare a eșecului prin procesul de segregare etc.

Răspunsurile date se adresează fie individului, fie sistemului școlar. Belmelmans subliniază că copilul migrant este mult ajutat întotdeauna de tehnicele de reeducare individuală (ajutor pedagogic, ortofonie), chiar dacă pedopsihiatrul are uneori sentimentul de a gira slăbiciunea sistemului educativ printr-o asemenea atitudine.

În ceea ce privește Educația Națională, trebuie să recunoaștem că a făcut un efort important pentru primirea copiilor străini: clase de inițiere în limba franceză, unde imigrații recenți sunt primiți teoretic timp de un an, clase de adaptare, orare de susținere și de recuperare, extindere a burselor la copiii din învățământul de gradul doi. Totuși, rămân multe de făcut pentru ca acești copii străini, în situație de eșec școlar, să nu fie orientați sistematic către clase de perfecționare, chiar secții specializate (depinzând de CDES, v. cap. 26, 3.3).

În concluzie, în fața dificultăților întâlnite de copilul migrant, este potrivit să ne întrebăm dacă migrația joacă un efect de mască și/sau declanșează prin ea însăși un proces patologic atât la copil, cât și în familia sa. Prima posibilitate corespunde unei atitudini frecvente, care este de a atribui orice manifestare deviantă biculturalismului însuși, și de a considera că o întoarcere în țara de origine ar fi prin ea însăși terapeutică. Cea de doua constă în a nu lua în considerare decât dimensiunea psihopatologică și a nega conflictele inerente biculturalismului și unei situații socio-economice defavorizate. În majoritatea cazurilor, dificultățile întâlnite de copilul, apoi de adolescentul migrant rezultă dintr-o serie de factori pe care am încercat să-i separăm; evaluarea rolului lor

reciproc este necesară înainte de a gândi o atitudine terapeutică. Odată ce aceasta este stabilită, rămâne problema dificilă a naționalității terapeutului, mai ales în cazul psihoterapiei cu adolescenți. După părerea noastră, orice atitudine rigidă este nocivă, unii pacienți preferând un terapeut de aceeași cultură, alții, dimpotrivă, resimt aceasta ca pe o excludere suplimentară.

BIBLIOGRAFIE

- BELMELMANS F.: Les émigrés à l'école. *Rev. neuropsych. inf.*, 1977, 25 (8-9), 475-487.
- BENADIBA M.: Les adolescents maghebains en France: aspect psychopathologique. *Neuropsych. de l'enf. et ado.*, 1979, 27 (9), 395-399.
- CARRIERE-HANNOUN M.: *L'enfant portugais émigré en consultation médico-psychologique*. Mémoire CES, Faculté de médecine, Pitié-Salpêtrière, Paris, 1979.
- PASTOR-BUENO Y., SUAREZ SOLANO E.: Los niños migrantes de lengua española y los avatares del complejo de Edipo. *IVe Congrès Union Européenne de Pédiopsychiatrie*. Madrid, 1979, Actes du Congrès.
- RODRIGUEZ R., FERT M., GARRONE G., AJURLAGUERRA J. DE: L'adaptation scolaire chez les enfants d'immigrants espagnols à Genève. *Acta Paedopsych.*, 1967, 34 (9), 277-289.
- STARAUSS P.: Les enfants de travailleurs migrants en France. In: MANDE, MANCIAUX et MASSE: *Pédiatrie Sociale*, Flammarion, Paris, 1 vol., 561-570.
- TABOURET-KELLER A.: Comparaisons interlangues et problèmes du bilinguisme. In: *La genèse de la parole*, PUF, Paris, 1977, 1 vol., 269-307.
- TITONE R.: *Bilinguisme précoce et éducation bilingue*. Dessart, Bruxelles, 1972, 1 vol.
- TOURE J., GIABICANI A.: Identité, bilinguisme et biculturalisme. *Neuropsych. de l'enf. et ado.*, 1979, 27 (7-8), 341-350.

1. — COPILUL BOLNAV

Experiența bolii retrimite copilul către mișcări psihoafective diverse:

- *regresia* însoțește aproape întotdeauna boala: întoarcere la o relație de îngrijire corporală, de dependență, cum era cea a sugarului;
- *suferința* poate fi legată de trăirea unei pedepse sau de un sentiment de culpă: culpabilitatea infiltrează frecvent trăirea copilului bolnav. Această culpabilitate poate fi întărită uneori de discursul familial („ai răcit pentru că nu erai bine îmbrăcat” sau „n-aveai decât să fii atent”), dar ea își găsește originea și în viața fantasmatică a copilului;
- *afectarea schemei corporale*, sau mai degrabă a „*sentimentului de sine*” în sensul său cel mai larg, depinde de gravitatea, de durată și de natura handicapului impus de boală, dar acest sentiment este frecvent: corp imperfect, defectuos, care poate egua. În funcție de tipul de conflict, această atingere a „sentimentului de sine” se va focaliza asupra fantasmelor de castrare sau asupra unei răni narcisice mai mult sau mai puțin profunde;
- *moartea*, în sfârșit, apare în filigran în unele boli, chiar dacă copilul, ca și familia sa, vorbesc puțin despre aceasta.

Totuși, boala la un copil întârește legătura de dependență și de protecție între copil și adulții care-l au sub protecția lor, în primul rând părinții, apoi medicii și colaboratorii lor. Această legătură de dependență și de protecție este firească, normală la copil. Într-un anumit fel, boala, acută și cu atât mai mult cronică, respectă și chiar amplifică această legătură de dependență. Fără să ignorăm din acest motiv suferințele (v. mai jos) și/sau limitările impuse de boală, trebuie astfel să recunoaștem că la copil boala nu contrariază exigențele psihoafective caracteristice pentru această vârstă, contrar cu ceea ce observăm la adolescență.

Probabil că acesta este motivul pentru care copiii bolnavi, mai ales bolnavi cronic, fac dovada unui echilibru psihoactiv cert, chiar a unei înfloriri psihologice reale. Totuși trebuie să distingem între acest echilibru și o maturitate excesivă sau prea precoce, mai ales când i se spune copilului „să se ia în grijă” într-o manieră excesivă. Această autonomizare a copilului în ceea ce privește îngrijirea sa poate să acopere trăiri afective foarte diferite. Incontestabil aceasta poate traduce o bună adaptare a copilului la boala sa. Dar aceasta poate și să dovedească un surplus de efort la copil pentru a-și proteja părinții anxioși sau culpabilizați. Aceasta poate și să mascheze un sentiment de abandon, de delăsare sau de indiferență în fața unor părinți care „se descarcă” asupra copilului lor de penibilitatea și urma indicațiilor medicale, adolescențul devine frecvent rebel, refuzând îngrijirile, constrângerile etc. (v. adolescențul bolnav, în: *Adolescența și psihopatologia*).

25 COPILUL ȘI LUMEA MEDICALĂ

Boala este un episod normal și inevitabil în viața copilului. Bolile numite „infantile” sunt de altfel ilustrarea acestei afirmații. În mintea oricărui copil, boala și, corelat cu ea, medicul, ocupă un loc important. Jucul de-a doctorul se regăsește constant în activitățile spontane ale copiilor. Prin intermediul acestor jocuri sau desene, studiul caracteristicilor imaginii medicului ne permite să descriem diverse axe semnificative: frecvent, medicul posedă atributele cunoașterii și puterii. El ocupă în general o poziție activă, contrară poziției supuse și pasive a micului pacient. Nu rareori, această activitate se colorează cu agresivitate, chiar cu sadism (înțepătura). În plus, există un contrast între, pe de-o parte, această atitudine de grijă și de înțelegere, adică o poziție mai degrabă maternă, și, pe de altă parte, un comportament autoritar, dar cu ușurință agresiv (imagine pe versantul mai degrabă patern). Copilul oscilează între aceste două tipuri de imagini scindate uneori în funcție de învățarea stereotipurilor culturale între o mamă-infirmieră, bună și înțelegătoare pe de-o parte și un tată-medic, sever și temut, pe cealaltă parte. Funcția sexuală este întărită și mai mult de „înțepătură”, simbol al penetrării agresive și dureroase.

Pe planul dinamicii familiale, numeroase desene de copii dovedesc o nouă triangulare între mamă-copil-medic: cuplul mamă-medic constituie o deplasare oedipiană mai mult sau mai puțin directă. În unele familii, cuplul mamă-medic poate deveni principalul pol de interacțiune al grupului, mai ales dacă o boală gravă sau cronică a copilului justifică această prezență medicală. În alte cazuri, anxietatea maternă este cea care creează acest nou triunghi relațional. Când este vorba de o boală somatică gravă, interpunerea medicului între mamă și copil său riscă să provoace perturbări în schimburile mamă-copil, mai ales dacă este vorba de un copil mic, în perioada în care mama își asigură o mare parte a gratificațiilor sale din atotputernicia pe care acesta i-o atribuie și pe care ea tocmai a pierdut-o în favoarea medicului.

În acest capitol, vom studia mai întâi bolile acute, mai ales intervențiile chirurgicale, apoi bolile cronice grave. Le vom atașa problema prematurității și a evoluției sale. Problema afecțiunilor motorii este tratată împreună cu infirmitatea motorie cerebrală (v. cap. 14, 3.).

Orice-ar fi, în fața unui copil bolnav, dincolo de simptomele diverse proprii fiecărei boli, este vorba să recunoști durerea înainte de a aborda răsunetul psihologic eventual al acestei boli.

1.1. — DUREREA LA COPIL

Mult timp în umbră, semiologia durerii la copil face obiectul unei descrieri mai precise odată cu lucrările lui Gauvain-Piquard (1990, 1993). Această semiologie trebuie bine cunoscută, mai ales de către psihiatrii și psihologii care lucrează în unitățile de boli somatice sau în pedopsihiatria de legătură. Această recunoaștere este cu atât mai importantă cu cât, pe de-o parte, durerea poate prin prezența sa să antreneze tulburări fie motorii (agitație, aparentă agresivitate), fie relaționale (opoziție), iar, pe de altă parte, să prezinte caracteristici semiologice comune cu depresia, ceea ce necesită un diagnostic diferențial atent și, în sfârșit, nu este rar ca la copilul bolnav și dureros cronic durerea și depresia să coexiste, cele două trebuind să fie recunoscute și să facă apoi obiectul unui tratament specific.

La copilul mare (după 6 ani)

Dacă la întrebarea directă „te doare?” copilul își ascunde frecvent durerea de frica unor eventuale consecințe (de exemplu înepătură, operație) sau dintr-un sentiment de culpabilitate, utilizarea de scale de măsură (verbală sau vizuală analogică, printr-o riglă cu un cursor pe care copilul îl plasează între absența de durere și durerea extremă) sau localizarea pe o schemă corporală permit diagnosticul și evaluarea intensității. Pot fi utilizate și scale de vocabular începând de la 10 ani. Dar în toate cazurile, interviul activ, întrebările puse nu într-o alternativă da—nu ci, formulate după un gradient (puțin, mult, foarte puternic), dau informațiile căutate.

La copilul mic (sub 6 ani)

Diagnosticul este cu atât mai delicat cu cât copilul este mic; chiar când dispune de limbaj, copilul mic își exprimă puțin durerea într-o manieră verbală. Un diagnostic este posibil doar observând mai întâi copilul.

Plânsete, țipete, agitație apar în caz de durere acută sau de reactivare a unei dureri permanente dar intensitatea lor nu e proporțională cu durerea.

La copilul dureros cronic, Gauvain-Piquard și colab. au elaborat o Scală de Durere Copil (Echelle de Douleur Enfant) de Gustave-Roussy (DEGR) bazată pe observarea copiilor cu dureri într-un serviciu de cancerologie. Această scală

reprezintă îndeosebi răspunsurile defensive ale corpului (poziție antalgică, mișcare de protecție, evitarea mobilizării unui segment al corpului, contractură localizată) dar mai ales atonia psihomotorie.

Astfel, copilul cu dureri „pare trist, rămâne imobil în fundul patului și dă impresia că nu mai dorește să lupte”... „el nu mai arată interes nici pentru lucruri, nici pentru persoane”, în sfârșit, gesturile sale sunt rare, inițiativele motorii sunt rare chiar și în afara zonelor dureroase; tentativa de contact poate să facă să apară o ostilitate surdă, copilul își întoarce ochii, nu caută să se angajeze în relație.

Se poate constata că unele comportamente pot fi comune depresiei numite anacitice (v. p. 363): față tristă, inertă, lipsă de interes, lentoare a gesturilor, putând lua aspectul unei înecătinări, a unei înerii psihomotorii, refuz relativ de contact.

Aceste simptome prezente la un copil mic spitalizat trebuie să ne facă să ne gândim și să căutăm atât o eventuală stare dureroasă cât și o stare depresivă gravă.

Evident, contextul este frecvent evocator, dar există și situații în care cele două stări sunt asociate. Astfel Steif și Heiligenstein (1989) constată că într-o cohortă de 43 de copii suferind de cancer și trimiși la pedopsihiatru, 9 dintre ei aveau probleme importante de durere, din care 3 fuseseră trimiși pentru depresie și 3 pentru tulburări de comportament. Tratamentul durerii face să dispară în general rapid conduitele descrise mai sus.

1.2. — BOLI ACUTE — INTERVENȚII CHIRURGICALE

În marea majoritate a cazurilor, aceste boli sunt de natură relativ benignă. Ele constituie ceea ce am putea numi „boli bune” care permit copilului să aibă experiența regresiei, a unei relații de îngrijire și a dependenței. Apoi, într-un interval de timp relativ scurt, el își regăsește sănătatea și bunăstarea fizică. Reacția copilului depinde de vârsta lui, de atitudinile enturajului său, de necesitatea sau nu a unei spitalizări, de natura mai mult sau mai puțin agresivă a îngrijirilor primite. Într-o manieră generală, spitalizările pot să provoace perturbări profunde mai ales la vârsta sensibilă (de la 6 la 30 de luni), chiar dacă sunt scurte. În acest sens, anumite țări au generalizat practica spitalizării mamă—copil (mai mult de 70% din secțiile spitalicești în Anglia), astfel încât să se evite suferința acută nefastă atât pentru echilibrul psihologic al copilului, cât și pentru capacitățile sale de luptă împotriva bolii (v. problema hospitalismului, cap. 22, 1. 2.).

Operațiile chirurgicale pot să reprezinte un factor traumatic important când nu au făcut obiectul unei pregătiri, a unor explicații, chiar a unor desene comentate

pe larg. Acest caz se observă mai ales când intervenția intră în rezonanță cu principalele conflicte fantasmatiche ale copilului: unele operații lovesc din plin aceste conflicte (amigdalectomie, apendicectomie). Astfel de intervenții, mai ales dacă se adaugă un climat de dramă sau de agresivitate sadică mai mult sau mai puțin clară, pot să constituie un traumatism psihic care reactivează și/sau realizează angostele nevrotice de castrare ale copilului; ele riscă atunci să cristalizeze acest conflict.

Prin incidența lor directă asupra sexualității, intervenții banale sau benigne pentru chirurg, pot, așa cum am avut ocazia să vedem de mai multe ori, să fie punctul de ancorare al unei problematice nevrotice durabile: astfel se întâmplă cu fimoză sau cu ectopia testiculară. Aceste intervenții benigne cer o pregătire psihologică mult mai importantă și mai îndelungată decât actul chirurgical înșiși.

Vom cita în sfârșit accidente traumatice, mai ales fracturile. Dacă hazardul nefericit este uneori singurul responsabil, studiul atent al personalității copililor, al antecedentelor lor, arată că accidentul se poate înscrie într-o problematică dominată de culpabilitate sau de angoasa de castrare, și să dovedească o veritabilă conduită de provocare. Aceasta este deosebit de adevărat în cazurile de traumatisme sau de accidente repetitive. Studiarea acestei populații de copii arată caracteristici apropiate de ale unei populații de copii suicidari (v. cap. 12, 3.2.).

1.3. — BOLI GRAVE ȘI CRONICE

Regrupăm aici bolile grave la care prognosticul vital este în joc pe termen mai mult sau mai puțin lung, și bolile cu evoluție lungă mai mult sau mai puțin invalidante. În primul caz, problematica morții este pe primul plan, în cel de-al doilea este cea a integrității corporale și narcisice. Dar această distincție este frecvent arbitrară pentru că cele două planuri sunt întotdeauna strâns legate.

În fața unei boli grave și cronice, problema este întotdeauna dublă: cea a investirii de către copil a unui corp a cărei funcționare e defectuoasă sau amenințată, cea a investirii de către părinți a unui copil bolnav.

Pe plan epidemiologic, procentajul de copii atinși de o boală gravă și/sau cronică, variază după gravitatea atingerilor existente. Totuși, Pless estimează că între 6 și 20% dintre copii sunt atinși de una dintre aceste afecțiuni. În această populație, incidența tulburărilor psihiatrice pare a fi puțin mai crescută decât în populația generală (15% față de 6%), deși și acolo există multe variații, în funcție de autori.

După multiple studii, se poate afirma acum că nu există un profil de personalitate propriu unui tip sau altul de boală, chiar dacă, prin natura lor și prin îngrijirile necesare, unele afecțiuni suscită remanieri sau trăiri specifice

(diabet insulino-dependent, insuficiență renală cronică). Nivelul intelectual al copiilor este în general identic cu cel al populației generale. Să semnalăm totuși frecvența nivelurilor scăzute la copilul cardiac (QI < 90 în 26 până la 37% din cazuri) și la copilul diabetic, când diabetul a debutat înainte de vârsta de 5 ani: importanța hipoxiei, existența unei come diabetice, spitalizările prelungite sunt considerate drept responsabile.

În perioada inițială a diagnosticului, modificările echilibrului familial sunt intense și rapide: se constată întotdeauna o perioadă de șoc, uneori cu reacții de coplesire sau de prăbușire la părinți, mai ales la mamă. Apare atunci o perioadă de luptă împotriva bolii, care, în funcție de familie, se va orienta către o atitudine de negare sau de refuz al bolii sau către o colaborare cu medicul. În sfârșit, cronicitatea tulburărilor determină o reorganizare a economiei familiale în jurul acestei boli. Vom studia succesiv reacțiile copilului, pe cele ale familiei sale, problema adolescenților (v. *Cuvânt înainte*), în sfârșit, problematica morții.

Copilul în fața bolii grave și prelungite

Reacțiile depind mai întâi de vârsta și de înțelegerea pe care copilul o poate avea asupra bolii sale. Înainte de 3-4 ani, boala este greu percepută ca atare, fiecare episod este trăit pe cont propriu: copilul este sensibil la separările, la spitalizările, la „agresiunile” suportate (intervenții chirurgicale, înțepături, perfuzii). M. Green a descris „sindromul copilului vulnerabil”: la copii care au traversat o perioadă critică pe plan vital în primul lor an de viață. Acest sindrom se caracterizează în mod esențial, după autor, printr-o fixare pasivă intensă și durabilă la mamă.

Între 4 și 10 ani, boala este de obicei, ca orice episod acut, ocazia unei regresii mai mult sau mai puțin profunde și durabile. În fața persistenței bolii sale, copilul amenajează apărări care se pot repartiza în mare după trei registre.

Registrul opoziției. — Copilul refuză limitarea impusă de boală sau de tratament. Această reacție poate să fie masivă, cu criză de agitație, furie și impulsivitate, sau mai modulată, sub forma unei negări a dificultăților. Această negare se însoțește atunci de atitudini de prestanță sau de provocare uneori periculoase (dorință de a practica totmai activitățile contraindicate).

Registrul supunerii și inhibiției, întotdeauna legat de sentimentul unei pierderi (al integrității corporale, al puterii falice); boala poate fi însoțită de o trăire depresivă în care intervin în mod divers rana narcisică, frecvent sub formă de rușine față de corp, și sentimentul de culpabilitate. Inhibiția este fie fizică, marcată de pasivitate și de acceptarea dependenței, fie psihică, cu o inhibiție intelectuală care se traduce cel mai rapid printr-o incapacitate de a înțelege boala. Această inhibiție riscă să provoace și eșecul școlar.

Sublimarea și colaborarea sunt mecanismele defensive cele mai pozitive de degajare pulsională. Poate să existe o identificare pozitivă cu un părinte atins de aceeași boală. Posibilitatea de a da copilului cea mai bună autonomie posibilă cu asigurarea urmării tratamentului său merge în sensul acestor apărări. Este cazul diabetului juvenil insulino-dependent, când copilul poate să-și facă singur injecțiile, sau al insuficienței renale, când el participă activ la prepararea și la organizarea ședinței de epurare.

Oricare-ar fi aceste amenajări defensive, viața pulsională și fantasmatică a copiilor atinși de o boală gravă și cronică riscă să se organizeze în jurul realității traumatice, mai ales dacă anturajul familial, prin angoasa sa, solicitudinea excesivă sau interdicțiile repetate, vine să întărească limitările existente. În testele de personalitate, probele protective arată frecvența temelor relaționale de persecuție și de abandon, imagini ale unui corp mutilat, în bucăți sau amenințat cu anihilarea. Boala îl trimite întotdeauna pe copil la următoarele două cupluri: greșală-culpabilitate și agresiune-pedeapsă.

Boala cronică riscă să focalizeze și să fixeze expresia fantasmatică atunci când organizarea psihopatologică îl predispoze în acest sens pe copil. În legătură cu diabetul juvenil, Cramer remarcă: „*O serie de angoase, ca și sentimentul de lipsă, de neputință sau de castrare sunt deplasate pe temerile reale legate de consecințele diabetului: boala și circumstanțele care îi sunt asociate sunt folosite ca mod de expresie al acestor fantasme de bază*”. La fel și pentru G. Rimbault: „*Copilul își construiește într-un fel mai mult sau mai puțin elaborat o interpretare a bolii sale, ca pentru a da un sens acestui ansamblu fără sens și distructiv, și aceasta, cel mai frecvent în termeni de greșală-culpabilitate și pedeapsă*.”

Familia confruntată cu copilul bolnav

Marea majoritate a studiilor sunt de acord în a recunoaște importanța extremă a reacțiilor familiei în echilibrul ulterior al copilului bolnav.

Reacțiile de angoasă, de suferință extremă, chiar de panică sau furie sunt obișnuite la anuțul bolii. De la început, într-o fază în care medicul nu are încă toate elementele pentru a răspunde, familiile se preocupă de diagnostic, de complicațiile eventuale. Frecvența afectare a narcisismului parental se focalizează în jurul întrebărilor legate de etiologie și ereditate: părinții elaborează teorii etiologice, uneori foarte fanteziste, pentru a nega orice implicare ereditară, sau dimpotrivă, pentru a asuma toată greutatea transmisiei „tarei” de către unul dintre ei. Reacțiile defensive constituie prima ilustrare a *culpabilității* constante a familiilor: aceasta exacerbează reacțiile de ambivalență față de micul bolnav și este în parte responsabilă de atitudinile descrise în toate bolile cronice: hiperprotecție anxioasă, rejecție, negare omnipotentă a bolii sau a rolului

medicilor. Familia trece în general prin aceste registre diferite înainte de a ajunge, în cele mai bune cazuri, la acceptarea tolerantă și realistă a bolii (Cramer).

Pe termen lung, riscul major este de a transforma boala cronică într-un sistem explicativ permanent și total al oricărei conduite, al oricărui gând sau al oricărui afect ce apare la copil. Boala devine atunci un sistem raționalizant, un ecran al oricărui alt mod de abordare.

Relațiile medic-familie. — Relațiile noi dintre medic-copil-familie deformează uneori profund natura relațiilor posibile dintre mamă și copil, mai ales când copilul este mic. Pierderea acestei atotputernicii materne într-un stadiu în care ea este încă necesară pentru a permite mamei să se adapteze cât mai adecvat la nevoile copilului poate constitui un element patogen ulterior (sindromul copiilor vulnerabili). În imediat, au fost observate depresii materne uneori profunde, depresii care întăresc și mai mult culpabilitatea parentală. Mai târziu, dependența părinților față de corpul medical, dependență cu atât mai mare când boala este gravă și prelungită, riscă să ajungă la o relație superficială și obsesională cu medicul, centrată pe micile detalii ale bolii. Toate problemele de fond sunt evacuate, pe de-o parte, pentru că familia depinde prea mult de medic pentru a putea exprima cel mai mic afect pozitiv sau negativ la adresa sa, pe de altă parte datorită investiției defensive a acestor mici detalii. Este acel tip de relație pe care Cramer îl numește „coluziunea tăcerii” în care „*atitudinile medicului și ale familiei se angrenează și se susțin unele cu altele pentru a se ajunge la limitarea dialogului la aspectele exterioare de rutină ale bolii*”, tăcând asupra problemelor de fond ale prognosticului, etiologiei și ale lumii afectelor.

1.4. — BOLILE CU PROGNOSTIC VITAL

Progresele medicinei permit de acum obținerea unei remisii și/sau a unei vindecări în cazul unor boli care, încă acum doar câțiva ani, erau aproape întotdeauna fatale. Totuși, dacă progresele sunt considerabile, vindecarea nu este cu puțință în toate cazurile și, chiar dacă evoluțiile favorabile sunt statistic majoritare, anuțul diagnosticului trezește imediat angoase de moarte în familie și la copil (v. și conceptul de moarte la copil, cap. 12, 1.4.).

Nu vom detalia particularitățile acestor patologii (leucoze acute, tumori canceroase ale copilului etc.) trimițând cititorul la lucrările specializate ci vom aborda exclusiv reacția psihologică la anuțul diagnosticului.

Părinții. — J. Bowlby a descris trei faze care se succed după acest anunț: 1) o fază de încremîntare: părinții sunt copleșiți, nimic nu pare real. Această fază

durea câteva zile; 2) o fază de incredulitate însoțită de încercări de a transforma deznodământul: părinții se revoltă, refuză diagnosticul, pot să întreprindă diferite demersuri pe lângă alți specialiști. Furia alternează cu accese de activitate. Această activitate poate să fie benefică în cadrul unei participări la îngrijiri, dar ea capătă uneori un caracter compulsiv a cărei funcție pare să fie mai mult colmatarea propriei îngoase parentale decât acordarea ajutorului la îngrijirea copilului; 3) o fază de dezorganizare-reorganizare: caracterul favorabil sau defavorabil al evoluției depinde mult de calitatea relațiilor dintre cei doi părinți. Un travaliu de doliu trebuie efectuat de fiecare dintre părinți, ajutat de celălalt. Când există conflicte în cuplu, amenințarea dezagregării familiei este mare în fața acestei dificultăți majore. **Fratria** este de asemenea implicată, reacționând fie prin manifestări simptomatice (anxietate, depresie, fobie școlară), fie printr-un fel de reacție de înțelepciune și de hiper maturitate dar al cărui preț riscă să fie plătit ulterior la adolescență (sentiment de a fi fost delăsă, dificultate de a se separa de părinți...).

Acceptarea diagnosticului, a limitelor terapeutice, percepția stării de bine a copilului și a nevoilor sale în ciuda bolii sunt integrate puțin câte puțin de către părinți.

Aceste perioade au o durată variabilă, unele familii rămân de altfel fixate la un palier (de exemplu la faza de incredulitate cu multiplicarea cererilor și/sau a examinărilor).

Copilul. — Dacă este evident că el poate cu greu „să-și gândească moartea” când este foarte mic, discuțiile clinice cu copilul confruntat cu o boală cu prognostic vital (N. și J.M. Alby, G. Raimbault) arată că există uneori o conștiință mult mai dezvoltată a mizei vitale decât o cred adulții.

Copilul pare capabil, chiar de foarte mic, să-și presimțim moartea, uneori într-un mod greu de formulat: în unele cazuri, copilul începe să refuze îngrijiri acceptate până atunci fără opoziție, cere să se întoarcă acasă. În alte cazuri, copilul poate să-și verbalizeze fricile sau întrebările sale, mai ales dacă are sentimentul că anturajul adult poate să i le accepte. Într-adevăr, fără să aibă conștiința morții sale apropiate (dar ce adult are deplină conștiință de ea?), copilul poate în schimb să perceapă cu acuitate starea bruscă de rău a adulților care-l înconjoară.

La începutul bolii, se pune problema adevărului sau a secretului. Studiile recente au arătat că tăcerea, secretul păstrat prin menținerea copilului în ignoranță nu mai sunt de actualitate deoarece în zilele noastre se știe că de fapt copilul percepe cu acuitate gravitatea prognosticului. În schimb, expunerea rece și raționalizată a acestui prognostic ține mai mult de o poziție defensivă a medicului. Singura atitudine valabilă pentru pediatru, ca și pentru psiholog sau psihiatru,

este de a se lăsa dus de întrebările copilului, de a nu le eluda, de a le da răspunsuri simple și directe: „Când copilul are posibilitatea de a se exprima liber cu un adult, el abordează fără jenă subiectul morții”, ne spune G. Raimbault.

În majoritatea cazurilor, odată trecut stadiul manifestărilor anxioase inițiale și al fricii de suferință legată de actele medicale (spitalizare, injecție, cateter, intervenție chirurgicală...), dacă durerea este controlată medical (v. l.1.), copilul reacționează frecvent printr-o perioadă de regresie apoi de adaptare aparentă. Capacitatea personalului de îngrijire de a fi în ascultarea copilului, acompanierea de către un „psi” (psihiatru, psiholog), prezența părinților, constituie factorii esențiali ai capacității de a face față.

Problema morții. — În pofida progreselor științifice, finalul fatal rămâne uneori la originea unei atitudini particulare: într-adevăr, moartea unui copil este greu tolerabilă. Medicul poate deveni dintr-odată distant, inaccesibil, în timp ce până atunci părea apropiat și preocupat de copil. În alte cazuri este negată orice agravare, o pseudo-jovialitate îl înconjoară pe copil și maschează angoasa, ca și cum totul ar merge bine.

Discuțiile cu copilul arată că, în acest moment dificil, el are nevoie de un contact și de a fi acompaniat. În plus, copilul poate să aibă un sentiment de culpabilitate față de familia sa care e tristă, care plânge din cauza lui, pe care o va abandona, neglija. Această culpabilitate poate fi la originea unor reacții în aparență paradoxale ale copilului care afișează atunci o subexcitare sau o euforie discretă.

În toate cazurile, medicul care trata bolnavul trebuie să fie prezent, chiar dacă neputința lui actuală îl face să trăiască un sentiment de culpabilitate: „Chiar atunci când un pediatru nu mai poate aplica tratamentul medical, el îl poate ajuta pe copil urmând sfaturile pe care acesta însuși le dă, nerupând legăturile lor, ascultându-i întrebările despre viață și moarte și răspunzând la ele. Dacă, dimpotrivă, el ar rupe relația cu copilul și ar înceta orice relație cu el, l-ar lăsa angosată într-o singură dată prematură ce prefigurează moartea.” (G. Raimbault).

Problema vindecării. — După unul sau doi ani de la începutul bolii în caz de evoluție favorabilă sau de remisiune, se pare că dificultățile psihologice observate la copil ca și la părinți regresează sensibil, aceste familii nemaidis-tingându-se de un eșantion de control (Sawyer și col., 1997). La distanță mai mare, se pune problema vindecării (Brun, 1989): travaliul psihic de vindecare nu răspunde nici la aceeași logică, nici la aceeași temporalitate ca vindecarea fizică. Ca și pentru faza de anunțare a diagnosticului, perioada de vindecare conduce la reamenajări atât intrapsihice [la copil, părinte(ți)] cât și relaționale: 1) raportarea la timp se modifică din nou, cu atât mai mult cu cât în momentul bolii copilul s-a protejat printr-o hiper maturitate defensivă; 2) senzația frecventă de vid

relațional și obiectal care însoțește anunțul vindecării este dovada unui travaliu specific de doliu care trebuie efectuat: cel al acestei boli care a ocupat tot spațiul (intrapshic și relațional) al unei familii; 3) copilul vindecat trebuie reinvestit pentru ceea ce este el de către părinți care, în fața bolii grave și posibil fatale a copilului lor, regăsiseră în mod defensiv copilul ideal pe care orice părinte îl poartă în sine: părinții se trezesc deci confrunțați cu amenințarea acestei idealități invazive. Este probabil ceea ce se explică de ce „pericolul de moarte din boală pare mai ușor de stăpânit decât pericolul vieții regăsite“ (D. Brun, 1997) și de ce părinții ca și copiii se-ndoiesc de realitatea vindecării dincolo de rezonabil. Într-o manieră aproape paradoxală, și aici o acompaniere psihologică se poate dovedi necesară.

Sida. — Problema reprezentată de sida a provocat o reflecție, o înțelegere și crearea unor structuri în care sunt luate în seamă problemele specifice acestei boli (mod de contaminare și de transmitere, evoluție, atingere neurologică și pierdere a achizițiilor etc.) și problemele legate de evoluție. S-au realizat progrese remarcabile în materie de prevenție și de îngrijiri precocce, dar, în toate cazurile, mai ales când copilul apare seropozitiv, a devenit o necesitate evidentă colaborarea unor echipe pluridisciplinare în care își au locul psihologi și pedopsihiatri.

2. — PREMATURITATEA

Numim prematur un copil născut viu la termenul unei gestații sub 37 de săptămâni (normal: 42 de săptămâni plus sau minus una). Teoretic ar trebui să distingem clar între prematuritate și Întârzierea de Creștere Intra-Uterină (ICIU): copilul prematur se naște înainte de termen, dar greutatea sa este normală dacă ținem cont de vârsta gestațională. Copilul născut cu o întârziere de creștere intra-uterină prezintă un decalaj uneori important între greutate și vârsta sa gestațională. Definiția OMS incluzând sub termenul de prematuritate ansamblul copiilor cu greutatea sub 2 500 de grame la naștere, tinde să confunde aceste două populații pe care anchetele epidemiologice catamnestice le diferențiază din ce în ce mai net: sechelele par într-adevăr mult mai frecvente în populația ICIU.

Orice-ar fi, procentajul mediu de nou-născuți cu greutate scăzută este în regresie regulată datorită eforturilor constante de prevenție: 8,2% din nașteri în 1972, 6,8% în 1976, 5,6% în 1981 (Institutul Național de Studii și Cercetări Medicale), scăzând chiar la rate de 3,5% pentru anumite secții cu o politică de prevenție foarte activă (E. Papiernik). În funcție de țară, procentajele oscilează între 6 și 12%. Asistăm la o recrudescență recentă de copii prematuri datorită

unui număr crescând de nașteri multiple după stimulare ovariană sau o tehnică de procreare asistată medical.

Pe lângă distincția dintre întârzierea de creștere intra-uterină și prematuritate, progresele reanimării neonatale conduc la a distinge prematurul simplu de marele prematur (greutate la naștere mai mică de 1 500 de grame) la care se pot asocia de altfel prematuritatea și ICIU.

Factorii responsabili, pentru prematuritate pot fi repartizați în două categorii:

- factorii individuali la nivelul mamei, asupra cărora nu ne vom extinde;
- factorii socio-economici: toate statisticile recunosc incidența lor crescută.

Precaritatea condițiilor materiale de viață, oboseala datorată unei munci grele, lungi drumuri cotidiene, o alimentație defectuoasă sunt factori favorizanți. Or, toți autorii sunt de acord să recunoască că aceste condiții socio-economice ale familiei reprezintă factorul de risc cel mai important în dezvoltarea psihoactivă a copilului (v. infra). Astfel, este de reținut un efect cumulativ între aceste două serii: prematuritate-sărăcie socio-economică. Eforturile de prevenție se referă de altfel prioritar la acești factori de mediu.

Un prematur născut într-o familie dintr-o clasă socială defavorizată este expus la riscuri ridicate, în timp ce în clasele sociale de mijloc sau superioare, dacă se exclud prematurii care prezintă semnele unei leziuni neurologice, nu există practic nici o diferență evolutivă între copiii născuți prematur și cei născuți la termen. Viitorul psihosocial al copilului prematur este umbrit încă și mai mult de existența frecventă a unei distorsiuni sau a unei carențe relaționale familiale: printre copiii victime de abuzuri fizice, numărăm 26% prematuri (v. cap. 26, 1.1).

Progresele reanimării neonatale permit supraviețuirea unor copii născuți în condiții din ce în ce mai precare; pe de altă parte, ameliorările tehnice au făcut practic să dispară unele complicații (precum fibroplazia retro-lenticulară prin hiperoxigenare) și au redus considerabil sechelele cele mai grave (ca în cazul bolii membranelor hialine). Supraviețuirea copilului prematur progresează într-o manieră spectaculară (v. tabelul X).

TABELUL X. — Procentajul de mortalitate la copii cu greutate mică la naștere (după P. Satge).

Greutate la naștere	1957	1967	1977
GN < 1000 g	85,7%	68,5%	40%
1001 < GN < 1250 g	63 %	46 %	28,5%
1251 < GN < 1500 g	33,9%	26,2%	14,7%
GN > 1 500 g	28,4%	15,7%	7 %

Sechelele grave, mai ales neuropsihice, scad și ele cu regularitate. Ele se întâlnesc mai ales la marea prematur (greutate la naștere < 1500) și în caz de complicații neonatale (Apgar < 5 la 5 minute): Salbreux găsește 14,5% sechele neuropsihice grave într-o populație astfel definită: infirmitate motorie cerebrală, encefalopatie cu deficit intelectual mai mult sau mai puțin profund, deficiență senzorială, hipotonie gravă.

Astfel, marea majoritate a prematurilor trece de pragul primei etape de dezvoltare depășind complicațiile somatice cele mai redutabile. Dar acest succes se plătește prin condiții de creștere complet artificiale: incubator, gavaj gastric, perfuzie, control permanent al principalelor constante biologice... Prematurul este plasat într-un univers mecanizat, robotizat și medicalizat la extrem: efectul psihologic al acestor condiții particulare de creștere trece de acum pe primul plan. Neonatologii devin progresiv conștienți de importanța acestor factori de mediu; zgometul făcut de incubator (uneori mai mare de 90 de decibeli) a focalizat mai întâi atenția. Ne-am străduit atunci să concepem incubatoare silențioase. Actualmente, atenția se orientează către studiul primelor interacțiuni între mamă și nou-născutul său, subliniind competența slabă și vulnerabilitatea mare a nou-născutului prematur. Astfel, mai multe studii au arătat că prematurul prezintă o toleranță redusă la „surmenajul senzorial” (Brazelton) reacționând prin retragere, că el are capacități homeostatice reduse (fiind fie hipereactiv, fie hiporeactiv). Sugarii prematuri sunt frecvent mai iritabili, mai greu de consolată, neexprimându-și nevoile prin manifestări de apel adecvate. Putem să tragem concluzia de aici că sugarii prematuri organizează diferitele conduite interactive mai puțin bine decât sugarii născuți la termen. Pentru părinți și mai ales pentru mamă, pe lângă traumatismul psihic pe care-l reprezintă nașterea prematură (v. mai jos), relația cu bebelușul său prematur este și ea mai dificilă, mai puțin adăutoare de gratificații, pentru că ea nu primește, sau primește mai puțin, un răspuns în schimbul încercărilor sale de comunicare; ea trebuie să-și stimuleze sau să-și liniștească continuu bebelușul.

Ansamblul acestor constatări dovedește dificultățile de creștere și de comunicare dintre prematur și mediul său. Într-o manieră puțin schematică, vom distinge dificultățile mai întâi la mamă (la naștere, apoi în timpul primelor interacțiuni), apoi la copil.

2.1. — MAMA COPILULUI PREMATUR

Nașterea unui copil prematur survine în general într-un context de urgență și de dramă: ea o privează pe mamă de pregătirea și de travaliul psihologic atât de importante la sfârșitul sarcinii. Ea îi provoacă mamei un sentiment de rănire, de

incapacitate, putând declanșa o repunere în cauză profundă a fundamentului narcisic al personalității și al identității sale. Acest context de „prematunitate psihologică” (când ne gândim la interacțiunile atât de bogate dintre o mamă și copilul său în timpul ultimului trimestru de sarcină), sentimentul de culpabilitate și de rușine narcisică pot să fie la originea unor reacții deosebite.

A. Cărel a descris confuzia mamelor de copii prematuri în zilele care urmează nașterii. El distinge o reacție de „**confuzie existențială**”, compusă dintr-un sentiment de vag, de ceață, de vid, cu o stare de rău, o pierdere relativă a simțului realității. Plângerile hipocondriace, astenia inițială se transformă puțin câte puțin într-o anxietate difuză și persistentă, apoi într-o trăire depresivă pe care mama o depășește progresiv. Autorul descrie, pe de altă parte, ceea ce numește „**maternitatea albă**”: mama nu pare să sufere de absența copilului, trăiește nașterea oarecum ca pe o banală intervenție chirurgicală. Ea se îngrijează prea puțin de copil, nu pune întrebări: această absență de afect este în realitate o apărare împotriva angoselor ușor de perceput când mama trebuie să se ocupe de copil; ea este depășită, se simte incompetentă, chiar periculoasă.

Winnicott a evocat „**preocuparea maternă primară**” pe care o compară cu o reacție psihotică, un fel de „**boală**” care îi permite mamei „**să se pună în locul copilului său și să răspundă la nevoile lui**”: mama normală se vindecă de această boală pe măsură ce copilul crește. Reacțiile de „**confuzie existențială**” sau de „**maternitate albă**” ar putea fi înțelese drept consecința unei reacții de „**preocupare maternă primară**” privată de obiectul său, adică de nou-născut, cu pluiterea confuzională sau retragerea schizoidă secundară.

Într-o perspectivă etologică, unii autori au confirmat efectul dezorganizator al privării de stimulare datorate absenței nou-născutului; capacitatea de adevare a mamei la bebelușul său se reglează în mod punctual din primele zile, prin răspunsurile copilului la conduitele mamei. Starea de empatie extremă, sau de solitudine maternă primară ajută la această adevare. Carența mamei în stimulare, pentru că bebelușul prematur este în incubatorului său, riscă să afecteze sau să denatureze această capacitate de empatie foarte deosebită din momentul nașterii și care dispare după câteva zile: calitatea ulterioară a legăturii dintre mamă și copilul său poate să sufere durabil din cauza aceasta.

P. Leiderman notează că la o lună după ieșirea din spital mamele de copii prematuri schimbă mai puține surâsuri și au mai puține contacte fizice ventrale cu copiii lor față de mamele de copii născuți la termen. Stabilirea unui contact fizic precoce, în timp ce copilul este încă în incubator, atenuază, dar nu face să dispară această diferență.

Toate eforturile actuale ale serviciilor de neonatologie tind în consecință să favorizeze contactele dintre copil și familia sa: să dea biberonul cât mai repede cu putință, să atingă și să mângâie copilul, să-l ia în brațe. Chiar dacă această

introduce a mamei nu se face fără să pună probleme unora dintre membrii echipei de îngrijire, ea este indispensabilă și ar trebui să se generalizeze.

Deficiențele artificiale impuse în această legătură timpurie mamă-copil ar putea să fie cauza unei reacții paradoxale a mamelor de copii prematuri: frică de a-l atinge, dependență excesivă față de medici și infirmiere, neîndemănare comportamentală frecventă, frică de a-l lua acasă (se observă frecvent o dispariție temporară a mamei, timp de câteva zile, în momentul în care este vorba de externarea bebelușului). Ulterior, distorsiunea precoce poate să persiste sub forma unei anxietăți mereu vii, cu o nevoie constantă de îngrijiri sau de supraveghere medicală. Mai grave sunt reacțiile de abandon, de carență afectivă sau de abuz.

2.2. — EVOLUȚIA COPILULUI PREMATUR

Numărul de sechele datorate unei leziuni neurologice este în regresie constantă. În schimb, dificultățile de creștere cu care se confruntă părinții copilului prematur par destule de frecvente. În funcție de autori, aceste dificultăți sunt divers interpretate. Pentru unii, prematuritatea constituie un factor de risc general, crescând în consecință riscurile de morbiditate mintală, dar fără să fie responsabilă pentru un simptom sau un sindrom particular. Pentru alții, prematuritatea ar putea fi responsabilă pentru sindroame mai specifice ca „sindromul fostului prematur” (Berges, Lézine și col.) sau „tulburările deficitare ale atenției” (v. cap. 20, 4.). Acestea se observă mai ales după prima copilărie, în sfera motorie și comportamentală.

Oricum ar fi, toți autorii recunosc „vulnerabilitatea” prematurului, vulnerabilitate care se referă atât la competența proprie a nou-născutului și a sugarului prematur cât și la fragilitatea interacțiunii mamă-copil, așa cum am semnalat deja. În cadrul acestei interacțiuni fragile trebuie înțelese dificultățile de creștere a copiilor prematuri fie precoce, fie mai tardive.

Dificultățile precoce

Ele sunt de tot felul și rezultă frecvent din condițiile de creștere particulare de la începutul vieții.

Anorexia precoce este frecventă. A fost incriminat rolul gavaajului din primele zile de viață ale prematurului. Acești copii înghit prost, mestecă încet, sunt mofuroși, uneori varșă. Reflexul de sugere și de deglutiție pot să fie de proastă calitate: introducerea linguriței sau prezența bucășilor pot să fie la originea refuzului alimentar.

Insomnia este evocată uneori; ea nu are nimic specific.

Progresele dezvoltării motorii sunt în funcție de gradul prematurității.

Retardul se rezolvă în cursul celui de-al doilea an pentru prematurii născuți în luna a șaptea sau a opta, dar poate să persiste dincolo de al patrulea an pentru prematurii născuți în luna a șasea (Lézine). Berges și col. semnalează o frecvență crescută de „descărcare motorie” de tip auto-agresiv (și lovesc capul, se ciupecesc, se mușcă) și de tulburări de ritm diurn sau de adormire. Pentru unii, tulburările de tonus observate la 3 luni ar fi predictive pentru întârzierea de dezvoltare ulterioară și pentru anumite dificultăți specifice (dispraxie).

Dezvoltarea intelectuală a făcut obiectul a numeroase studii: debilitatea mintală medie și profundă par a fi mai frecvente când studiem ansamblul populației premature. O analiză mai fină permite să modulăm acest rezultat: o serie de copii prezintă semne de suferință neurologică, cu atingeri organice evidente (anoxie neonatală prelungită, hemoragie cerebromeningee...), debilitatea mintală fiind legată mai mult de encefalopatie decât de prematuritate.

Printre prematurii fără semne de encefalopatie decât de prematuritate, diferă în funcție de nivelul socio-economic. În cazul unui nivel socio-economic scăzut, toată patologia psihosocială e supraprezentată: debilitate limită și ușoară, copil victimă a abuzurilor, întârziere de creștere fără cauză organică etc. În schimb, nivelul intelectual al copiilor prematuri care trăiesc în familii din clase sociale medii sau favorizate nu prezintă diferență în comparație cu copiii care nu sunt prematuri din același mediu.

Condițiile psihosociale par deci prevalente în raport cu prematuritatea însăși.

Dificultățile celei de a doua copilării

Două tipuri de dificultăți au fost descrise la copiii de la 6 la 12 ani, foști prematuri: **sindromul fostului prematur și tulburarea de deficit a atenției**. Să notăm de la început că acești doi termeni acoperă în realitate o semiologie similară, dar ei reflectă poziții teoretice diferite. **Tulburarea de deficit a atenției** nu este desigur specifică pentru copilul prematur, dar prematuritatea poate fi observată cu o frecvență foarte crescută, în funcție deatorii care utilizează acest concept. Tragem cititorul la descrierea clinică și la studiul teoretic (v. cap. 20, 4.).

Sub termenul **sindrom al fostului prematur**, Berges, Lézine și col. au descris un ansamblu de manifestări la foști prematuri care altfel nu prezintă nici deficiență intelectuală, nici o anomalie neurologică majoră (într-o populație de 140 de copii prematuri dintr-o clasă socio-economică medie). Tulburările sunt centrate pe dificultățile psihomotorii cu neîndemănare motorie, atitudine rigidă și blocată, hipervigilență musculară, paratonie, conservare a atitudinilor. Se notează și

difficultăți de control emoțional: emotivitate cu tulburări neurovegetative, furie, impulsivitate. Diferenții itemi din testul de imitație al gesturilor tind să arate că aceste dificultăți motorii se datorează unei mediocre organizări a schemei corporale, asociate cu o proastă orientare temporo-spațială și psihomotorie.

Uncori izolat în prima copilărie, acest sindrom al fostului prematur succede frecvent dificultăților din copilăria mică (anorexie mai ales). Poate să aibă un răsunet în momentele școlare (dificultăți de învățare a cititului și scrisului) asupra achizițiilor școlare (dificultăți de învățare a cititului și scrisului).

În sfârșit, vom reaminti frecvența crescută de copii prematuri printre **copiii victime ale abuzurilor**: 26%. Se poate emite în mod rezonabil ipoteza că interacțiunea deosebit de sensibilă și vulnerabilă dintre copilul prematur și mediul său este cauza acestei situații nefaste (v. cap.: Copiii victime ale abuzurilor, cap. 26, 1.).

3. — COPII NĂSCUȚI PRIN PROCREARE MEDICALĂ ASISTATĂ

Tehnicele de procreare medicală asistată (PMA) s-au înmulțit în acești ultimi ani. Se regroupează sub acest termen: IAP (inseminare artificială cu sperma partenerului), IAD (inseminare artificială cu sperma unui donor), GIFT (Gametes Intra Fallopian Transfert), FIVETE (Fecundare in vitro și transfer de embrion) simplu sau cu donație (fie de spermă fie de ovocite), donație de embrion, împrumut de uter etc.

Nu este cazul să abordăm aici indicațiile specifice ale fiecărei metode, nici problemele juridice legale, etice și morale pe care le ridică aceste diverse „tehnici” chiar dacă sunt foarte importante pentru unele întrebări ivite (de exemplu: statutul juridic al embrionilor congealați: există aproximativ 10 000 în Franța).

Deși recente, aceste metode de procreare privesc un număr crescut de copii: în medie, ar exista în Franța 2200 de sarcini pe an după IAD și cererile cresc (3500 pe an, și mai mult); mai mult de 4000 de copii se nasc prin fecundare *in vitro*. Vom semnala de asemenea frecvența sarcinilor multiple cu problemele lor specifice și riscul crescut de prematuritate (v. infra).

Prin definiție, copiii respectivi sunt încă mici (câțiva copii au mai mult de 5/6 ani); încep să apară câteva studii cu privire la răsunetul psihologic al acestor diverse tehnici asupra copilului.

Cu titlu de exemplu, C. Manuel și col. studiază o populație de copii în vârstă de mai puțin de 3 ani născuți prin IAD, o populație de copii de aceeași vârstă născuți după un alt tratament pentru infertilitate și un grup martor pereche.

În ansamblu, copiii născuți prin PMA prezintă dificultăți afective care îi aseamănă cu copiii cu risc înalt (frecvența micilor boli, tulburări de alimentare, de somn, de comportament, toate dificultățile care dovedesc o „hiperinvestiție anxioasă” de către părinți). Dar ei diferă de copiii cu risc înalt printr-o precocitate a dezvoltării psihomotorii și a limbajului care îi înrudește, dimpotrivă, cu copiii cu risc scăzut.

În raport cu atitudinile parentale cu privire la „dezvăluirea” PMA copilului, există o corelație între intensitatea tulburărilor și anumite atitudini parentale. Se pare că secretul absolut sau confidența limitată la câțiva adulți nu pare asociat cu riscuri deosebite la vârstele la care au fost văzuți copiii (3 ani și mai puțin). În schimb, când părinții au o atitudine „contradictorie” (întreținând secretul pe lângă unii și divulgând altora pe larg faptele) sau când dezvăluie PMA copilului mic, dificultățile sunt mai severe la copil. Este vorba în general despre cupluri pentru care infertilitatea părea să provoace cele mai multe probleme psihologice.

Constatarea epidemiologică merg în același sens ca și cazurile clinice publicate cu regularitate: dificultățile psihologice ale unui copil născut prin PMA survin frecvent în cupluri ce prezintă dificultăți de ordin psihologic încă din perioada de infertilitate.

Este evident că este vorba de un domeniu nou unde raportările de cazuri clinice și studiile epidemiologice trebuie să continue. Este necesar și să fim prudenți în concluzii deoarece reculul este încă foarte mic.

BIBLIOGRAFIE

- ANTHONY E.J., KOUPEERNIK C.: *L'enfant et sa famille* (vol. 2): *L'enfant devant la maladie et la mort*. Masson, Paris, 1974.
- BORGES J., LEZINE I., HARRISON A., BOISSELIER F.: *Le syndrome de l'ancien prématuré: Recherche sur sa signification. Rev. neuropsych. inf.*, 1969, 17 (11), 719-778.
- BOWLBY J.: *La perte*. PUF Paris, 1984, 1 vol.
- BRAZELTON T.B.: *Comportement et compétence du nouveau-né. Psych. Enfant*, 1981, 24, 2, 375-396.
- BRUN D.: *L'enfant donné pour mort. Enjeux psychiques de la guérison*. Dunod éd., 1989, 1 vol.
- CRAMER B., FEHL F., PALACIO ESPASA F.: *Le diabète juvénile, maladie difficile à vivre et à penser. Psy. enf.*, 1979, 22 (1), 5-66.
- FIELD T.M., GOLDBERG S., STERN D., SOSTEK A.M.: *High risk infants and children, adult and peer interactions*. Academic Press, New York, 1980, 1 vol.

- GAUVAIN-PIQUARD A., MEIGNIER M.: *La douleur chez l'enfant*, 1 Vol. Calmann-Lévy, Paris, 1993.
- GREEN M., NAUD M., SOLNIT A.: Reactions to the threatmed loof of her child: a vulnerable child syndrom. *Pediatris*, 1964, 34, 58.
- GUTTON P., LEVY LEBLOND E.: Psychopathologie clinique et hépatologie infantile. *Psy. enf.*, 1978, 21 (1), 7-66.
- LEBOVICI S. (avec la coll. de STOLERU S.): *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*. Le Centurion éd., Paris, 1983, 1 vol.
- LEDET I., BREMOND M., LAUGIER J., SAUVAGE D.: Développement des enfants prématurés pesant moins de 2500 g. Aspect cognitif et comportemental du devenir à 5 ans et demi. *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1990, 38, 1-2, 7-11.
- LEIDERMAN P.M.: Les mères à haut risque: conséquence possible des soins hospitaliers aux enfants prématurés. In: ANTHONY E.J., CHILAND C., KOUPERNIK C.: *L'enfant à haut risque psychiatrique*. PUF, Paris, 1980, 1 vol., 175-183.
- MALAVAUD B., MORON P.: Divorce et embryons congelés. *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1991, 39 (6), 233-237.
- MANUEL C., FACY F., CHOQUET M., GRANDJEAN H., CZYBA J.C.: Les risques psychologiques de la conception par insémination artificielle avec donneur pour l'enfant. *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1990, 38, 12, 642-658.
- MINKOWSKI A., AMIEL-TISON Cl.: Le risque obstétrical dans la genèse de la vulnérabilité. In: ANTHONY E.J., CHILAND C., KOUPERNIK C.: *L'enfant à haut risque psychiatrique*. PUF, Paris, 1980, 1 vol., 163-174.
- Numéro spécial: SIDA, *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1991, 39, 1, 1-48.
- Numéro spécial: Procréations Médicalement Assistées. *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1990, 38, 12, 629-692.
- LA PREMATURETÉ: Table ronde avec Ferrari, Satgé, Cukier, Salbreux, Soulé. *Rev. Neuropsych. inf.*, 1978, 26 (9), 407-456.
- QUENEAU P., OSTERMANN G.: *Le médecin, le patient et sa douleur*. 1 Vol. Masson, Paris, 1993.
- RAIMBAULT G.: *L'enfant et la mort*. Privat, Toulouse, 1976, 1 vol.
- SAWYER M., ANTONIOU G., TOGOOD I., RICE M.: Childhood cancer: a two year prospective study of the psychological adjustment of children and parents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997, 36, 1736-1743.
- STEIF B.L., HEILIGENSTEIN E.L.: Psychiatric symptoms of pediatric cancer pain. *J. Pain Symptom Management*, 1989, 4, 191-196.
- WEIL-HALPERN F.: Les parents d'un enfant atteint du sida. *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1991, 39, 1, 25-27.
- WILKINSON S.R.: *The child word of illness. The development of health and illness behaviour*. Cambridge University Press, 1988, 1 vol., 288 p.

26 COPILUL DE PROTEJAT. PROTECȚIA COPILULUI: STRUCTURI MEDICO-SOCIALE

Vom aborda în acest capitol diverse situații: abuzuri fizice, abuzuri sexuale, neglijențe, abandonuri, care au toate în comun faptul de a pune în pericol bunăstarea fizică și/sau psihică a copilului și care necesită măsuri de protecție potrivite.

Dacă cele mai recente statistici pot, pe bună dreptate, să suscite o emoție certă, nu trebuie totuși să uităm că în secolele precedente copilul a fost o victimă frecventă a tratamentelor rele, mult mai frecvent decât actualmente. Pe lângă infanticidele numeroase până în secolul XIX, abandonul era o practică cvasi-curentă (121 000 de copii găsiți, deci abandonati în 1835 la Paris!); plasamentele de îngrijire la bone cunoșteau o mortalitate îngrozitoare; în sfârșit, condițiile în care erau puși să lucreze copiii se asemănau cu o maltratare cvasi-instituțională; în ceea ce privește pedepsele și abuzurile corporale, a trebuit să se aștepte începutul secolului XX pentru a începe să fie considerate ca atitudini blamabile (cf. hotărârea ministerului Școlii Publice din 18.01.1887 modificat pe 12.07.1918 pentru pedepsele la școala primară) (v. C. Mignot: Locul și destinul copilului maltratat din vechiul regim până în zilele noastre; in: *Copilul maltratat*, 1993).

Primele publicații ale lui A. Tardieu (1837, 1879) asupra abuzurilor și atentatelor la moravuri stabilind realitatea tratamentelor rele și a abuzurilor sexuale asupra minorilor nu vor avea nici un ecou la vremea lor.

Banalitatea relativă a maltratării explică poate faptul că a trebuit să se aștepte mijlocul secolului XX pentru a se descrie cu adevărat tabloul lor clinic.

F. D. Ingraham, neurochirurg, afirmă în 1939 natura traumatică a hematoamelor subdurale ale sugarului; F.N. Sylverman, radiolog, descrie leziunile osoase fracturale și caracterul lor traumatic; în sfârșit Kempé, pediatru, publică în 1962 „Sindromul copilului bătut” în colaborare cu F. Sylverman și pedopsihiatru B. F. Steele. În Franța, P. Strauss și M. Manciaux își vor publica primele studii în 1972 și 1975.

În ceea ce privește abuzurile sexuale, după o lungă perioadă de tăcere, campaniile multiple de informare și de prevenție au permis o abordare mai puțin pasională. Frecvența lor și ceea ce pare a fi o creștere constantă pun o adevărată problemă de societate.

1. — COPILUL MALTRATAT

După raportul general al sănătății în Franța (Noiembrie 1994, la Documentation Française ed.) „40 000 de copii sunt semnalati în fiecare an și luați în îngrijire de justiție sau de instituția de ajutor social pentru copii. Tratamentele rele duc la cel puțin 600 de decese pe an și un număr important, deși greu de cifrat cu precizie, de cazuri de incapacitate fizică și încă și mai multe de tulburări grave ale dezvoltării psihosofective”.

Violența fizică și violența sexuală merg frecvent împreună dar nu întotdeauna. În ancheta sa din 1993 asupra adolescenților de la 11 la 19 ani întrebați despre antecedentele de violențe fizice și/sau sexuale suportate, M. Choquet indică cifrele următoare (tabelul XI). Băieții sunt mai frecvent decât fetele victime ale violențelor fizice și este rar ca atunci când sunt victime ale violențelor sexuale să nu fie și victime ale violenței fizice. Fetele sunt mai frecvent decât băieții victime ale violențelor sexuale (de la 3 la 4 fete la un băiat) dar sunt mai multe fete care îndură „violențe” sexuale fără violență fizică asociată (incestul „seducție”).

Vom aborda succesiv maltratarea fizică, apoi abuzul sexual, cunoscând deci asocierile posibile.

TABELUL XI. — Violență declarată de adolescenți (%)
(INSERM U 169, 1993)

	Băieți	Fete	Total
A. Nu au fost niciodată victime ale violenței	78,6	87,3	83,1
B. Au fost victime doar ale violenței fizice	19,3	7,1	13,1
C. Au fost victime doar ale violenței sexuale	0,9	2,7	1,8
D. Au fost victime ale violenței fizice și sexuale	1,2	2,9	2

Să semnalăm de asemenea că, fără să facă parte din abuzurile fizice propriu-zise, „neglijența față de copil” este o altă formă de maltratare, necesitând frecvent intervenția serviciilor de protecție judiciară sau socială. În „neglijența gravă”, factorii de risc socio-economic și cultural sunt frecvent pe primul plan, ceea ce este mai puțin cazul pentru abuzuri. Totuși, 46% dintre copii neglijati ar fi și victime ale abuzurilor (American Human Association, 1984). „Neglijența” a fost abordată în capitolul „carență afectivă, carență de îngrijire” (v. cap. 22, 1.2.).

În sfârșit, trebuie să evocăm și *abuzurile morale*: deși mai puțin evidente, aceste abuzuri morale reprezintă o altă manieră de a exercita violența asupra unui copil, violență mai subtilă și poate mai producătoare de vătămări pe plan psihologic. Catalogul abuzurilor morale ar trasa în realitate tabloul capacităților de invenție umană în serviciul agresivității, în sensul că nu există limită de la constrângerile corpului (mână în aer, imobilitate psihică, diverse atitudini impuse etc.) până la constrângerile morale. Linia de demarcație dintre ceartă sau amenințarea banală și violența morală este departe de a fi evidentă. În ceea ce ne privește, credem că dimensiunea patologică e atinsă când plăcerea de a pedepsi depășește stricta necesitate educativă. Vom reveni asupra acestui punct.

Prin această enumerare ne apropiem de definiția copilului maltrat, dată de un grup de lucru al ODAS (Observatorul Național al Acțiunii Sociale Decentralizate): „Copilul maltrat este cel care este *victimă violențelor fizice, cruzimii mintale, abuzurilor sexuale, neglijențelor grele, cu consecințe grave asupra dezvoltării sale psihice și psihologice*”.

1.1. — MALTRATAREA FIZICĂ A COPILULUI

Frecvență

Este greu să definim cu rigoare incidența maltratării copiilor. Mai întâi pentru că aceasta depinde de definiția însăși a maltratării: luăm în considerare doar maltratarea fizică, maltratarea sexuală, ambele, neglijența gravă... Apoi pentru că nu există nici o anchetă în populația generală: majoritatea evaluărilor reprezintă extrapolări plecând de la populații clinice (copii spitalizați) sau de la anchete foarte localizate. În Franța, se citează frecvent cifra de 40 000, 50 000 copii maltratați, cifră care este o extrapolare ce pleacă de la o cercetare efectuată în 1974 în regiunea pariziană. Incidența spitalicească stabilită prin autochestionare complete de adolescenți de la 11 la 19 ani, ne informează că un băiat din cinci și o fată din zece ar fi fost victime ale violenței fizice, cu sau fără abuz sexual (v. tabelul XI: cummul linia B+D).

În Statele Unite este evocată cifra de 170 000 de copii maltratați în 1985

(R. Krugman). În jumătate din cazuri, este vorba despre neglijență gravă și factorii socio-economici par a fi pe primul plan. Incidența pentru traumatisme ar fi de 9,19 traumatisme la 1000 de copii de mai puțin de 5 ani și de 3,28 la 1000 pe ansamblul celor sub 18 ani. În Anglia și în Canada, este frecvent dată o incidență cuprinsă între 1 și 1,5 la 1000. Par să existe disparități importante în funcție de țară, incidența fiind mai scăzută în țările scandinave.

Cu cât copiii sunt mai mici, cu atât sunt mai vulnerabili, dar și victime: 80% dintre copii au mai puțin de 3 ani și 40% mai puțin de un an. Recidiva s-ar observa în 50 până la 60% din cazuri în absența măsurilor de protecție a copilului (Strauss și Rouyer, 1982).

Deși rar, decesul copiilor ca urmare a tratamentelor rele nu este excepțional.

Descriere clinică

Nu vom descrie în detaliu sindromul clinic pe care-l vom regăsi ușor în majoritatea manualelor de pediatrie. Într-adevăr, diagnosticul de maltratare a copilului revine cel mai frecvent medicului generalist sau pediatrului (din ambulatoriu sau din spital).

În schimb, vom descrie manifestările psihologice și psihopatologice mai ales în termeni de interacțiune deviantă.

Vom insista de asemenea asupra dispozitivului care trebuie creat pentru prevenția recăderilor și asupra îngrijirilor psihologice necesare atât copilului cât și familiei.

Simptome fizice

Vom doar aminti leziunile dermatologice (echimoze, hematoame, arsuri de țigară, de fier de câlcat, produse de apă caldă..., zgârieturi, urme de legături...), fracturile (sindromul Sylverman), hematoamele subdurale. Starea generală poate fi afectată (hipotrofie, retard staturo-ponderal) dar nu întotdeauna.

Tulburări de comportament

Ele se observă de la 12-18 luni. Pe lângă starea generală proastă, unii copii se arată excesiv de fricoși, pândind aprobarea adultului înainte de a-și autoriza cel mai mic gest, par înlemniți. Cel mai mic gest al adultului provoacă la ei un gest de protecție. S-a descris la unii copii o stare de „vigilență înghețată” (Kempé, 1978), adică o atenție anxioasă și imobilă față de anturaj, ca și cum copilul ar scruta anxios mediul pentru a decela un pericol potențial sau pentru a descoperi și a anticipa dorința celui alt. La polul opus, unii dovedesc o uimitoare lipsă de rezervă: se duc prea ușor către străini, nu pare să le fie frică la plecarea părinților, stabilesc imediat cu infirmierii o relație prea imediată sau prea regresivă.

Această familiaritate, această lipsă de teamă de străini revelează distorsiunea profundă a relației cu părinții.

La copilul mai mare, se observă cu ușurință două tipuri de comportament: fie o mare timiditate cu repliere temătoare, fie, la polul opus, o instabilitate accentuată, asociată cu comportamente frecvent haotice și violente, mai ales cu copii de vârstă lor sau mai mici. Acești copii sunt agitați, „hiperactivi”, instabili și provocatori, toate fiind caracteristici care perenizează riscul de tratamente rele.

Tulburări afective

Sunt foarte frecvente, exprimate direct prin frici, dificultăți de somn cu coșmaruri sau terori nocturne, perceptibile în „vigilența înghețată”, sau care conduc la manifestările reacționale obișnuite: instabilitate, agitație, agresivitate. Tulburările din seria depresivă încep să fie mai bine cunoscute. Sunt frecvente devalorizarea, pierderea stimei de sine și încă și mai mult culpabilitatea (v. descrierea depresiei la copil, cap. 18, 2.1). Cu titlu de exemplu, într-o populație de 56 de copii cu vârsta de la 7 la 12 ani, victime ale unor tratamente rele, J. Kaufman (1991) notează că 27% dintre copii prezintă o stare clinică corespunzătoare criteriilor din DSM-III-R, fie pentru episodul depresiv major, fie pentru distimie. Copiii victime ale maltratării fizice dezvoltă frecvent sentimentul că dacă părinții lor îi bat, este pentru că au făcut prostii și pentru că sunt „copii răi”. Mai clar, ei se simt vinovați pentru loviturile pe care le primesc. Trebuie să facem de altfel observația că acest sentiment difuz de culpabilitate poate să-i conducă pe copii la atitudini care induc trecerile la act parentale. Oricare ar fi dinamica interactivă, la copiii victime ale maltratării fizice, sentimentul de culpabilitate poate fi intens, determinând o veritabilă stare depresivă, prea frecvent necunoscută și neglijată de clinicieni și de asistenții sociali. Această stare depresivă își adaugă propriile complicații la consecințele directe ale maltratării.

Răsunet social

Dificultățile școlare (dificultăți de concentrare, agitație, nerespectarea regulilor) apoi eșecul școlar sunt, dacă nu constante, cel puțin foarte frecvente, accentuând interacțiunea negativă părinți-copil și trăirea de devalorizare a acestuia din urmă. Tulburările de comportament cu ceilalți copii (agresivitate, impulsivitate) au drept rezultat izolarea socială sau relații doar cu copiii agitați, agresivi, ceea ce participă de asemenea la cercul vicios devalorizare-excludere.

Diagnostic

Nu atât diagnosticul leziunilor, ușor de făcut, cât recunoașterea maltratării pune probleme. Aceasta se bazează pe:

- caracterul și asocierea leziunilor, aspectul general al copilului;
- ameliorarea rapidă și „inexplicabilă” în timpul spitalizării sau al separării de părinți;

- în sfârșit, discordanța dintre datele clinice și rezultatele discuției cu părinții.

Problema **mărturisirii de către părinți** este prea frecvent în mijlocul demersului cvasi-polițist al anchetei pediatrice. La acest nivel, există orice, de la părinți care anunță brutalitățile fie într-un context de mare culpabilitate, fie cu o inocență mimată sau nu, până la părinți care neagă cu tărie orice maltratare, aruncând vina pe copil (a căzut) sau pe un terț (a fost împins), trecând prin cei care „mărturisesc fără să mărturisească”, cu o evidentă notă perversă în stilul: „I-am lăsat să cadă” sau „probabil că a călcat pe țigară”.

Mărturisirea sau nemărturisirea nu au de altfel nici o incidență asupra evoluției ulterioare a copilului.

Existența de tratamente rele cunoscute sau de plasamente instituționale sau familiale în fratre intervine automat în discuția diagnostică. Totuși această informație nu trebuie nici să ne dispenseze de o examinare atentă a copilului, nici să conducă la afirmații care să nu se bazeze decât pe prezumțiile provenite din trecut. Strauss și Manciaux (1978) semnalează totuși în studiul lor frecvența deceselor (moarte subită, deces neexplicat) în fratria copiilor maltratați (10%).

Contextul psihologic

În privința părinților

Atenția s-a îndreptat mai întâi în direcția lor pentru a căuta cauzele profunde ale comportamentului acestora.

Să notăm mai întâi factorii de morbiditate generală: slab nivel socio-economic (deși aceasta este din ce în ce mai puțin adevărat), promiscuitate și dimensiune mică a locuinței, frecvența mare a situațiilor familiale deosebite (separări, recăsătorii, mame celibatate).

Mamele au în medie vârsta de 26 de ani, tații 30 de ani. Studiul antecedentelor părinților este foarte clarificator. O mare parte dintre ei au avut o copilărie dificilă (singurătată, carență de îngrijire sau carență afectivă, plasamente multiple). Nu rareori ei înșiși au fost victime ale tratamentelor rele perfect integrate în schema lor educativă și în identificările lor parentale. Mama apare frecvent imatură, egocentrică și narcisică. Dorința de reparație a propriei sale carențe reprezintă frecvent factorul de motivație esențial pentru a avea un copil. În acest caz, o satisfacție magică, o stare de bine, o liniștire a sentimentului de carență sunt așteptate din partea copilului: mama nu tolerează grijele inevitabile pe care acesta din urmă le suscită. Astfel, de exemplu, când copilul său plânge, mama nu consideră că aceste plângeri dovedesc o stare proastă la copil, oricare ar fi

aceasta (foame, nevoie de somn, scutece murdare...), ci că aceste plângeri traduc furia copilului față de ea, că el este rău, că are ceva cu ea. De asemenea, când el își murdărește scutecele, nu este pentru că el avea nevoie pur și simplu să aibă scaun, ci pentru că avea intenția deliberată să-și supere mama sau să-i facă rău. La aceste mame foarte carentate, cu lipsuri narcisice profunde, toate conduitele copilului sunt resimțite în raport cu propria lor nevoie: fiecare manifestare a bebelușului sau a copilului care dovedește o funcționare autonomă și care nu umple în mod necesar aceste lipsuri parentale este resimțită ca un atac, o renegare sau cel puțin un reproș. Acestui fond de carență i se asociază o frecvență impulsivitate, maltratarea fizică survenind într-un context de descărcare agresivă impulsivă. Astfel, unii părinți anxioși, ei înșiși carențați în copilăria lor, sunt profund angoasați de plânsetele bebelușului lor, plânsete care reactivează frustrările lor vechi și suferința lor și pe care vor să le facă să înceteze imediat căutând să satisfacă bebelușul; nereușind, își descarcă angoasa prin trecerea la actul impulsiv, dar și agresiv.

Kempé evocă noțiunea de „*criză familială*” ca factor declanșator al maltrății, criză explicată de agravarea condițiilor afective și sociale deja mediocre, în urma unei neînțelegeri de cuplu, a unei noi nașteri, a unei mutări cu izolare socială mai accentuată, a pierderii unui loc de muncă, a unei spitalizări a unui membru al familiei etc. În plus, părinții sunt frecvent izolați de propriile lor familii: ei sunt în situație de ruptură sau de respingere din partea propriilor lor părinți (bunicii copilului băut) sau întrețin cu aceștia relații de dependență profund ambivalente, în care domină trecerea la act, chiar violența.

De obicei sunt implicați ambii membri ai cuplului. E rar ca maltratarea să fie ignorată de unul dintre părinți. Cel mai frecvent unul dintre ei este actorul, dar celălalt fie acceptă tacit, fie chiar provoacă trecerea la act. El se comportă frecvent ca un complice, aranjându-se pentru a găsi scuze, a disimula maltratarea sau neglijența. Când această înțelegere activă între părinți există, prognosticul pare deosebit de îngrijorător. Refuzul, negarea sunt frecvente, deseori asociate cu atitudini de seducție, de aparență „drăgălășenie” cu copilul în prezența consultantului sau a asistenților sociali.

Existența unei *patologii psihiatrice manifeste* la unul sau la ambii părinți este divers evaluată; Strauss descoperă un procentaj crescut de alcoolism (30%) și de debilitate (30%) la unul sau la ambii părinți. După Kempé, majoritatea părinților care-și maltratează copilul nu prezintă o patologie mentală specifică; totuși la 10% dintre ei patologia mentală constituie un factor de prognostic prost. Acești 10% se reparitizează într-o manieră aproximativ egală în părinți ce suferă de o psihoză halucinatorie incluzând și copilul (aproximativ 2%), părinți psihopați foarte impulsivi (2-3%), părinți perversi (1-2%) și părinți fanatici sau idealști, de tipul „martori ai lui Jehova” (2-3%). Toxicomania unuia sau a ambilor părinți se întâlnește din ce în ce mai frecvent.

Cu bebelușul, câteva situații episodice punctuale pot fi la originea unor maltratări: psihoza puerperală, depresia postpartum, mai ales când tânăra mamă este singură, părăsită de genitor și de familia sa.

Majoritatea părinților prezintă în realitate perturbări care nu se înscriu într-o categorie nosografică precisă dar care aparțin categoriei de tulburări de personalitate dominate de carența narcisică și de imaturitate.

În privința copilului

După o perioadă de atitudine inchiizitorială față de părinți, privirile s-au întors către copilul însuși, cu atât mai mult cu cât, când există frații numeroase, victima poate să fie unică.

Copilul ocupă uneori un loc aparte: copil adulterin, handicapat motor sau psihomotor. Trebuie semnalată mai ales frecvența extremă a antecedentelor de prematuritate (26%) la copiii victime ale maltrății contra 6-7% în populația generală) și a antecedentelor de spitalizare (38%) sau de plasamente diverse (40%).

Când părinții sunt întrebați despre caracteristicile proprii ale copilului victimă a maltrății, mai mult de o treime dintre părinți se plâng de dificultăți precoce cu acest copil (mai ales de somn și de alimentație), dezvăluind condiții de creștere dificile resimțite frecvent de părinți, așa cum am mai văzut, ca manifestări de agresivitate sau de dezaprobare a copilului la adresa lor. Ansamblul acestor elemente conduce la evocarea noțiunii de „copil țință”, în jurul căruia se organizează cele mai patologice interacțiuni.

Abordarea psihopatologică a interacțiunii părinte-copil bătut

Existența unei interacțiuni agresive și a unor abuzuri fizice exercitate de unul dintre părinți asupra copilului său riscă să perturbe durabil organizarea personalității acestuia din urmă. Pe lângă sechelele leziunilor traumatice (mai ales encefalopatii deficitare în urma unor traumatisme craniene uneori repetate, a unor hematoame intra sau extracerebrale...), se observă la diferite nivele „sechele psihopatologice”. Pe planul personalității, subiacent tulburărilor de personalitate deja descrise (fie pe versantul inhibiției, fie pe cel al instabilității-agitației), este întotdeauna vorba despre copii care au dificultăți în dezvoltarea unui sentiment de identitate stabil și satisfăcător. Ei se-ndoiesc întotdeauna de ei înșiși, nu au nici o bună stimă proprie. Au tendința să devalorizeze și să deprecieze ceea ce fac și, în consecință, nu țin să realizeze nici cea mai mică sarcină: dificultatea, începutul eșecului în realizările lor provoacă imediat abandonul și retragerea. Neașteptând nimic bun de la adult, ei nu caută să comunice cu el, să-și exprime trăirea internă: capacitățile de comunicare sunt în general mediocre, așa cum o dovedește frecvența întârzierii vorbirii.

Având nevoie să păstreze o imagine nu prea proastă a părinților lor, un număr mare de copii victime ale abuzurilor fizice cred că aceste abuzuri sunt pedepsa justă pentru greșelile lor, conduitele lor mediocre, de unde rezultă o imagine și mai devalorizată despre ei înșiși, însoțită de dezvoltarea de conduite masochiste repetate.

Ansamblul acestor elemente explică *frecvența dimensiune depresivă* unde se amestecă, în același timp, un sentiment frecvent de copleșire (nu este nimic de așteptat de la mediul care răspunde întotdeauna prin treceri la act agresive, oricare ar fi inițiativele copilului) și un sentiment de culpabilitate (pentru a păstra o imagine nu prea negativă a părintelui).

La testele proiective, găsim de obicei dificultăți la integrarea imaginilor paterne și materne, asociate cu o anxietate intensă, de unde frecvente instabilități și incertitudini în imaginea corpului și în identitatea sexuală a copilului.

Oricare ar fi organizarea personalității ulterioare, par frecvente două tipuri de mecanisme de apărare: identificarea cu agresorul, erotizarea secundară a abuzurilor fizice. Un element apare frecvent pe măsură ce copilul crește: obișnuit și crescut într-o relație de violență, el ajunge puțin câte puțin să o considere ca și cvasi-normală, apoi, într-un al doilea timp, ca fiind modalitatea de schimb privilegiată cu părintele său. Pe plan psihopatologic se situează mai întâi un nod privilegiat al funcționării mintale: identificarea cu agresorul este, așa cum a arătat A. Freud, unul dintre principalele mecanisme mintale cu ajutorul cărora copilul se apără de invaziile inevitabile ale mediului. Copilul bătut este plasat în condiții „experimentale” de identificare cu agresorul cu atât mai mult cu cât aici agresorul este o imagine naturală de identificare: unul dintre părinți. El poate folosi acest mod defensiv suportând pasiv relația cu adultul, ulterior agresând restul anturajului, mai ales pe ceilalți copii, și dezvoltând o instabilitate reacțională care, la rândul său, servește drept justificare sau drept întărire a conduitei agresive a adultului.

Cel de-al doilea palier după acest nivel de identificare cu agresorul este marcat de erotizarea secundară a relației părinte-copil, centrată în jurul relației agresive. Odată ce s-a ajuns aici, se instituie o relație înalt patologică între un adult, ale cărui descărcări agresive pot fi un obiect direct de juisare sau sursă de culpabilitate, și un copil care-și erotizează secundar suferința, și pentru care masochismul tinde să devină o poziție privilegiată, apoi căutată cu atât mai mult, cu cât copilul poate găsi o satisfacție inconștientă să „posede” adultul prin declanșarea trecerii la act. O situație relativ stabilă în care copilul induce descărcarea agresivă a adultului riscă atunci să blocheze orice posibilitate evolutivă. Un astfel de tip de interacțiune se poate instala când *copilul este încă foarte mic, de la 2 ani 1/2-3 ani*.

Pe termen lung, evoluția psihopatologică a copilului care a suportat abuzuri

fizice la vârste foarte mici depinde evident de rapiditatea de intervenție a serviciilor apropiate, de calitate și stabilitatea terapierilor implicate. Importanța inițială a abuzurilor nu pare a fi un element determinant al prognosticului, cu excepția cazului în care aceste abuzuri au provocat sechele neurologice. În schimb, este adesea dificil să separe abuzurile în sine de carența afectivă cu separări multiple, frecvent asociate. Fără a putea să aducă o evaluare în cifre, diferitele studii constată existența unor copii profund perturbați (stare psihotică, stare deficitară), destul de perturbați (tulburări ce intră în cadrul unei prepsihozes sau al unei dizamonii evolutive) sau ușor perturbați (simptome nevrotice obsesionale sau fobice). În toate studiile, copiii care par să nu prezinte nici o sechelă la distanță, chiar îndepărtată, rămân minoritari și se găsesc întotdeauna în cazurile în care a putut fi păstrată o stabilitate a cadrului de viață (fie la părinți cu dispariția abuzurilor, fie într-o familie de primire).

Primul răspuns dat abuzurilor

Gravitatea prognosticului (risc de mortalitate și de sechele fizice sau psihice), frecvența recidivelor în absența unor măsuri apropiate, arată necesitatea de a adopta o conduită de prevenție.

Consultantul

Medicul generalist, pediatrul, rareori pedopsihiatrul, este frecvent prost plasat pentru a începe această acțiune. Totuși, legea din 15 iunie 1975 precizează că „medicii au facultatea de a aduce la cunoștința autorităților abuzurile fizice sau privațiunile suferite de copii pe care ei le cunosc” (ceea ce nu este o obligație). Această lege ridică astfel, în acest domeniu, necesitatea secretului medical. Totuși majoritatea consultațiilor nu-i vede pe acești copii sau nu-i vede în momentul maltratării.

Cel mai frecvent, medicul de la PMI, medicul școlar sau medicul din spital dar mai ales cei care lucrează în domeniul social (asistente sociale, educatori specializați) sunt cei care „descoperă” probabilitatea de abuz sau abuzurile propriu-zise. În mod excepțional anturajul, mediul școlar, vecinii semnaleză aceste cazuri.

Serviciile de alertat

Legea din 10 iulie 1989 afirmă responsabilitatea instituției de Ajutor social pentru copii (v. 3.2.) în materie de prevenție și de protecție a minorilor victime ale unor tratamente rele sub autoritatea președintelui Consiliului general. Noul cod penal prin legea nr. 92683 din 22 iulie 1992 (Jurnalul Oficial din 23.07.92), modifică și precizează condițiile de ridicare a secretului profesional și definește

circumstanțele în care poate avea loc (articolul 44): „Când un medic discernă că o persoană la care a fost chemat este victimă a abuzurilor fizice sau a privațiunilor, el trebuie să folosească metodele cele mai adecvate pentru a o proteja, dovadă prudență și circumspecție”.

„Dacă este vorba de un minor de cincisprezece ani sau de o persoană care nu este în măsură să se protejeze datorită vârstei sale sau a stării sale fizice sau psihice el trebuie, cu excepția unor circumstanțe aparte pe care le apreciază cu toată conștiința, să alerteze autoritățile judiciare, medicale sau administrative”. Noul cod de deontologie medicală (decret Nr. 95-1000 din 6 septembrie 1995) reamintește importanța absolută a secretului profesional (articolul 4), dar precizează că „medicul trebuie să fie apărătorul copilului atunci când estimează că interesul lui și/sau sănătatea lui este prost înțeles sau prost păstrat de anturajul său” (articolul 43).

Pentru informații sau precizări mai ample, recomandăm lectura unor lucrări de specialitate, mai ales: Strauss P., Manciaux M.: Copilul maltratat, 1993; G. Raymond: Dreptul copilului și adolescentului, 1995 (referințele la sfârșitul capitolului).

Se poate stabili un fel de ierarhie în gravitatea semnelor:

- serviciile de PMI, având în frunte un medic-șef de departament, pot să asigure supravegherea medicală dacă părinții o acceptă. Un serviciu de asistente sociale sau de puericultoare care pot să se deplaseze la domiciliu, reprezintă frecvent o alternativă temporară la consultațiile medicale;
- serviciul de Ajutor Social pentru Copii în afara instituțiilor sale proprii (v. 3.) poate să ajute familia financiar când situația economică pare a fi unul dintre elementele predominante. El dispune de asemenea și de asistente sociale sau de lucrători sociali la domiciliu, putând asigura încadrarea și susținerea de dorit în familia ce consimte;
- judecătorul pentru copii (pentru mai multe detalii vezi 3.1) reprezintă recursul necesar când diagnosticul pare suficient de sigur și dacă părinții se opun măsurilor precedente. Poate fi sesizat de oricine. El dispune în același timp de o „putere morală” și de mijloace legale proprii pentru a impune supravegherea necesară. Acțiunea sa poate să se limiteze la a sugera și a face acceptată de către părinți supravegherea de către serviciile de PMI sau ale Serviciului de Ajutor pentru Copii, fără nici o altă constrângere. Dacă părinții se opun, el impune o ordonanță de protecție și de supraveghere: consultațiile devin obligatorii.

El dispune de un serviciu de ajutor educativ în mediu deschis și poate, dacă este constrâns, să impună un plasament instituțional sau familial când menținerea copilului în familie se dovedește imposibilă.

Proiectul terapeutic

După faza de evaluare în mod necesar pluridisciplinară, trebuie elaborat un proiect terapeutic având în minte o serie de imperative (D. Girodet, în: *Copilul maltrat*):

- să ia în considerare nevoile copilului și ale părinților;
- să înscrie orice decizie terapeutică într-o perspectivă pe termen lung;
- să-și asigure mijloacele de evaluare și de urmărire.

În ceea ce privește pedopsihiatriul, și într-un grad mai mic psihologul, el ajunge să întâlnească copilul victimă a maltratării și pe părinții săi în general în cazurile cele mai grave și frecvent la sfârșitul parcursului. El îi vede într-adevăr fie la cererea serviciilor de PMI, fie a celor de Ajutor Social pentru Copii, fie direct ca pedopsihiatru într-o echipă AEMO, fie în sfârșit ca responsabil al unei instituții sau al unui serviciu de plasament familial. Oricum, el intervine în cazurile cele mai dificile, cele în care sfaturile educative, ajutorul binevoitor al serviciilor sociale a eșuat sau a fost refuzat.

Trebuie mai întâi rezolvate o serie de de neînțelegeri: părinții care-și bat copiii nu o fac întotdeauna într-un climat de răutate conștientă și manifestă. În general, ei sunt debordați de propria lor reacție agresivă și pot să simtă față de copilul lor un atașament profund. Alții se simt deposezați de funcțiile lor de părinți de către aceste intervenții multiple, violența făcând parte, după ei, din aceste funcții (fie prin identificare cu propriii lor părinți, fie datorită unui context cultural diferit de cel occidental: ei nu înțeleg sensul acestor intervenții). Pe de altă parte, copilul este frecvent profund atașat de părinții săi, în ciuda celor suferite.

Aceste remarci sunt cu atât mai importante cu cât copilul este mare. Evident, la nou-născut patologia parentală este pe primul loc, dar la copilul de 3-4 ani se poate instala foarte repede o interacțiune patologică în care identificarea cu agresorul și erizizarea masochistă secundară a copilului vor constitui incitări la patologia parentală având drept rezultat stabilirea unui ciclu vicios dificil de întrerupt, conducând la riscul de recidivă.

Psihoterapia copilului și a părinților este recomandată dar aceasta, mai ales pentru copil, nu trebuie să devină sistematică și trebuie să se asigure de existența unor condiții de mediu stabile și favorabile înainte de a fi întreprinsă. De asemenea, doar terapiile familiale larg recomandate nu pot să garanteze securitatea copilului și trebuie să se înscrie într-o colaborare pluridisciplinară.

Separarea părinte-copil

Tendința actuală este spre menținerea copilului în familia sa. Totuși, este important de precizat că, dacă această tendință este de laudat în sine, ea nu

trebuie să devină un act de credință utopică sau să conducă la orbire serviciile care intervin.

În perioadă de „criză”, amenințarea de repetiție a abuzurilor fizice trebuie să ne facă să propunem separarea, plasând copilul fie în instituție, fie mai ales într-o familie. Dar riscul unui asemenea răspuns în momentul de criză este de a multiplica aceste plasamente tranzitorii.

Separarea prelungită cu menținerea copilului în plasament terapeutic (v. cap. 29, 6.2.) poate fi necesară în caz de patologie parentală patentă, dacă copilul „țintă” pare deosebit de vulnerabil sau „decepcionant” în ochii părinților și dacă măsurile de ajutor propuse nu au avut un efect rapid. Stabilitatea și durată soluției terapeutice alese reprezintă cele mai bune criterii de evoluție favorabilă sau cel puțin de evoluție nu prea defavorabilă, așa cum arată clar toate studiile catamnestice pe termen lung.

1.2. — SINDROMUL MÜNCHHAUSEN PRIN PROCURĂ

Formă specifică de „maltratare”, se desemnează, de la A. Meadow care în 1982 a făcut prima descriere și sub numele acestui baron german celebru pentru mitomania lui, o patologie de alură somatică la copil care, în realitate, este creată sau afirmată de mamă. Într-adevăr, fie mama provoacă la copilul său simptome (formă activă) pe care îi cere apoi medicului să le trateze, fie ea afirmă simptome ale copilului (formă pasivă) pentru care cere examene, spitalizări într-o manieră iterativă.

Patologiile provocate sunt variabile: anemie prin sângerare, leziuni cutanate, infecții, chiar septicemie. Simptomele afirmate sunt în general stări de rău, crize de epilepsie, pierderi de conștiință.

„Boala” poate să evolueze timp de luni și semestre înainte ca originea sa provocată sau afirmată să fie identificată. Riscul este de a intra într-o serie de spitalizări inutile, o escaladă de explorări, sursă de suferință pentru copil, iar unele sunt chiar periculoase.

Mamele, care foarte frecvent evoluează în mediul medical sau paramedical (infirmeră, auxiliară, asistentă, mai rar medic; dar încep să fie raportate cazuri de mame fără legătură cu mediul familial: Lemele G., 1993), fac dovada în general a unui mare zel pentru a-și îngriji copilul, sunt foarte prezente, participă voluntar la spitalizare (spitalizarea mamă-copil: suspiciunea unui asemenea sindrom reprezintă o contraindicație). Tații sunt descriși frecvent ca îndepărtați, slabi, inaccesibili.

Copiii nu au uneori trăsături psihopatologice clare, dar frecvent se arată a fi imaturi, dependenți, cu elemente de personalitate limită sau narcisică.

Identificarea acestei forme de maltratare este bineînțeles dificilă dar importantă pentru a termina această escaladă iatrogenă și a concepe măsuri de protecție a copilului.

1.3. — ABUZURILE SEXUALE

Expresia „abuzuri sexuale”, consacrată prin însuși uzul ei, chiar dacă ea nu este decât o traducere literală din engleză, caracterizează exploatarea sexuală de către un individ mai în vârstă a unui copil care, din cauza vârstei sale, este incapabil să înțeleagă natura contactului și să-i opună o rezistență adecvată.

Această exploatare sexuală poate fi fapta unei persoane apropiate de care copilul este dependent psihologic. Abuzul sexual poate lua diferite aspecte:

- evocare sexuală (telefoane, exhibiționism, imagini pornografice, limbaj de o cruditate sexuală extremă cu copilul...);
- stimulare sexuală (contact erotic sau pornografic, masturbare, contacte genitale incomplete, participare forțată la sexualitatea unui cuplu...);
- act sexual (tentativă de viol sau viol cu penetrare vaginală, anală, orală).

Agresorul este foarte frecvent un membru al familiei sau un apropiat (cf. infra: aspect epidemiologic). Este vorba atunci despre relații incestuoase, dar mai frecvent de „ambianță” sau de „climat incestuos” (evocări sau stimulări sexuale). Relațiile incestuoase sunt frecvent asociate cu atitudini violente și unele victime sunt de asemenea și copii băuți. Totuși acestea nu se întâmplă întotdeauna.

Mult timp, abuzurile sexuale au fost trecute sub tăcere, ignorate voluntar sau prin refuzul realității, singurul „tratament”, când, exista unul, fiind de ordin judiciar. Această problemă începe să facă obiectul studiului medical care arată marea suferință a victimelor, sechelele psihologice frecvente și necesitatea unui răspuns terapeutic apropiat.

Vom trata doar abuzul sexual asupra copilului prepuber. Abuzul sexual la adolescență este abordat în *Adolescență și psihopatologie*, capitolul 19.

Date epidemiologice

După unele anchete anglo-saxone, o fată din patru și un băiat din opt ar fi fost odată victime ale abuzului sexual, în sens larg. În Franța, există puține studii epidemiologice pe eșantioane nealterate. Cifrele condamnărilor pentru atentate la moravuri asupra minorilor, publicate de ministerul de Justiție (1636 condamnări în 1986) nu reprezintă probabil decât o mică parte din totalitatea

problemei. Ar exista între 40 000 și 50 000 de cazuri de abuzuri sexuale pe an în Franța (M. Gabel).

Totuși, dincolo de diversitatea studiilor și a populațiilor luate în considerare, se degajă puncte de convergență.

Să reamintim că în ancheta INSERM-ului (1993) 5,6% de adolescente declară a fi fost victime ale abuzului sexual cu sau fără violență (aproximativ o fată din două este victimă a abuzului sexual fără violență fizică asociată) și 2,1% de adolescente băieți (când există abuz sexual, băiatul este cel mai frecvent victimă a abuzului sexual și a violenței fizice).

Sexul victimelor. — Aproximativ 80% din cazuri sunt fete, ceea ce semnifică că 20% din cazuri sunt băieți, cazuri care sunt probabil subestimate (cf. ancheta INSERM).

Statutul agresorilor. — Majoritatea agresivilor sexuale sunt comise de un membru al familiei sau un apropiat cunoscut de victimă. Doar 15% din abuzurile sexuale sunt comise de către străini necunoscuți. Fetele sunt și mai frecvent decât băieții victime ale unui membru al familiei lor. În 99% din cazuri agresorul este un bărbat.

Relațiile incestuoase. — În 30 până la 40% din cazuri este vorba despre relații incestuoase tată genitor/fică și în 30 până la 40% din cazuri (în funcție de studii) despre relații incestuoase tată vitreg/fică. Sunt menționate foarte puține inceste mamă/fiu. Relațiile incestuoase pot implica și: bunic, unchi, frate mai mare....

Vârsta victimelor. — Situațiile incestuoase încep devreme, frecvent înainte de 10 ani. Majoritatea cazurilor se situează între 6 și 12 ani.

Incestul: caracteristici familiale

Toți autorii sunt de acord să recunoască o serie de de trăsături care se regăsesc regulat în familiile „incestuoz” (M. Rouyer, 1993 în: *Copilul maltratat*):

- aceleași drame se reproduc frecvent pe mai multe generații;
- există o disfuncție familială importantă;
- copilul nu este recunoscut ca subiect.

La vârsta de 8-10 ani, copiii devin cel mai frecvent victimele incestului chiar dacă se întâmplă ca aceasta să înceapă mai devreme prin atingeri, exhibiționism, etc. Incestul începe frecvent într-un climat de seducție la care se adaugă rapid constrângerea, iar apoi și amenințarea.

Unele situații ale copilului pot și ele să favorizeze actul incestuos: îngrijirile corporale necesare într-o boală cronică, cum o dovedesc numeroase publicații în

Statele Unite (Chamberlain A. și col., 1984; Suris J. C. și colab., în curs de apariție).

Tatăl: dacă personalitatea tatălui lasă uneori să transpară trăsături psihopatologice clare (perversitate, psihopatie, deficiență mintală, alcoolism), cel mai frecvent aceste trăsături nu sunt evidente. Numeroase expertize raportează o mare imaturitate afectivă, regăsesc un trecut de carențe și de separări; interdicțiile sunt prost interiorizate. Relația afectivă este trăită într-o modalitate de mare dependență; culpabilitatea în raport cu actual incestuos este rar resimțită, tatăl mergând până la afirma dreptul său de posesie, chiar datoria de inițiator. C. Balier, alăturându-se indirect descrierilor comportamentale ale autorilor americani, descrie două tipuri de tați incestuoși:

- cel care-și trăiește propria perversiune într-un mod depresiv: copil printră copii, îi este milă de el însuși, își plânge soarta în închisoare, face din fata sa mama pe care ar fi vrut să o aibă (tipul „pasiv-dependent” al autorilor americani);
- cel care, fără trăsături perverse, justifică o atitudine de posesie sexuală a copiilor alși prin argumentări teoretice; el are frecvent un comportament dictatorial (tipul „activ-dependent”).

Mama. — Se regăsește frecvent în trecutul său existența abuzurilor sexuale sau a violenței. Trăsăturile depresive sunt frecvente. Atitudinile paradoxale nu sunt rare: ele delegă tatălui îngrijirea copilului, își lasă fata să împartă patul cu tatăl, în timp ce ele însele, sub diverse pretexte, fac cameră separată... Dacă complicitatea activă a mamei este rară, în schimb nu e excepțional ca această mamă să cunoască situația de abuz sexual sau cel puțin „nu vrea să știe nimic” și se acomodează pasiv (și pervers?) cu situația.

Cuplul și familia. — Izolarea, raritatea relațiilor sociale caracterizează numeroase familii. În plus, absența mamei din cauza muncii de noapte, a bolii, a divorțului poate să favorizeze trecerea la act a unor tendințe incestuoase până atunci latente. Există o neînțelegere frecventă între cei doi părinți, cu dificultăți în sexualitatea cuplului. Furniss (1990) distinge cazurile în care abuzul sexual pare să aibă drept funcție să evite conflicte sexuale în cuplul parental și cele în care acest abuz sexual limitează conflictul conjugal și evită dezmembrarea familiei. Pentru alți autori, relația de cuplu se fondează frecvent pe o dependență reciprocă, în stilul „soț violent-soție supusă” (A. Crivillé și col., 1994), cuplu în care complicitatea, savurarea atotputerniciei controlului absolut par să constituie legăturile principale. Sexualitatea cuplului este frecvent săracă, chiar inexistentă (în afara cazurilor de cupluri perverse care-l fac pe copil să participe la sexualitatea lor uneori cu parteneri multipli). Pe plan transgenerațional, confuziile sunt frecvente, cu limite șterse de la o generație la alta.

Manifestări clinice secundare abuzului sexual la copil

Leziunile fizice pot fi observate mai ales în primele 24-48 de ore care urmează abuzului sexual: contuzii, echimoze, inflamații, sângerări, până la leziuni genitale grave, infecții genito-urinare și boli transmisibile sexual. Dacă examenul fizic este necesar (constatare medico-legală și îngrijiri), el trebuie efectuat într-un context psihologic adecvat, cu o pregătire a copilului. În nici un caz el nu trebuie să reprezinte o intruziune suplimentară, un fel de „viol medical”, agravând traumatismul deja suferit. Pe plan medico-legal, este important de efectuat prelevările care ar putea servi la identificarea agresorului (sânge, spermă).

Simptomele psihologice sunt frecvente, revelatoare pentru traumatismul psihic suferit. Ele sunt diferite dacă traumatismul suferit este unic sau, dimpotrivă, repetat. Poate să fie vorba de manifestări directe de suferință:

- plângeri somatice diverse, oboseală;
- tulburare alimentară cu apariție bruscă: anorexie, vărsături, refuz de alimentare;
- tulburări de somn foarte frecvente: anxietatea de culcare, reapariția de ritualuri la culcare, coșmaruri, treziri nocturne repetate, chiar terori nocturne;
- tulburări afective: apatie, stare de alură confuză, dezinteres pentru joc, față tristă, criză de lacrimi putând ajunge până la o adevărată stare depresivă;
- tulburări de adaptare: dificultăți școlare bruște, izolare, fugă, refuz de a sta acasă sau în alt loc cu un adult. Invers, investire școlară intensă, școala fiind trăită ca un mijloc de a scăpa de situația familială traumatică.

Alte conduite pot fi considerate ca martori indirecti ale experienței sexuale traumatice trăite de copil (mai ales când ea se repetă):

- masturbare prelungită și intempestivă (copil mic);
 - conduită sexuală inadecvată cu o curiozitate exprimată crud, un limbaj care utilizează cuvinte sexuale de adult;
 - joc de alură sexuală cu păpuși sau cu copii de aceeași vârstă.
- Toate aceste conduite nu dovedesc neapărat abuzul sexual, dar prezența lor, apariția lor bruscă fără ca un alt eveniment să le explice, o situație familială evocatoare trebuie să orienteze clinicianul către această posibilitate.

Pe plan structural, nu se poate descrie o organizare psihopatologică specifică. S-a semnalat deja frecvența trăsăturilor depresive unde predomină sentimentul de culpabilitate, rușinea, devalorizarea de sine. Perturbările în organizarea narcisismului sunt obișnuite, marcate de un sentiment de umilire întodeauna viu, de subestimare majoră explicând parțial conduitele patologice ulterioare la adolescență și la vârsta adultă. Pentru unii autori, conduitele patologice la vârsta adultă, mai ales conduitele sexuale perverse, ar fi o tentativă de a se elibera de un sentiment de umilire suferit în copilărie (Stoller).

Manifestările clinice la distanță

Contrar cu ceea ce s-a spus și chiar s-a scris frecvent, toate studiile catamnestice sau epidemiologice arată frecvența dificultăților psihologice și/sau a tulburărilor de comportament la adolescenții și adulții care au fost victime ale relațiilor incestuoase. Astfel se constată:

La adolescență. — Tentative de suicid (Courtecuisse, Alvin), conduite sexuale deviante de tip prostituție sau homosexualitate la fete ca și la băieți, sarcini deosebit de frecvente.

La vârsta adultă. — Perturbări mai mult sau mai puțin profunde în viața afectivă (incapacitate în a stabili legături durabile, o relație de încredere reciprocă...), sexuală (frigiditate, dispareunie...), socială sau profesională, dificultăți în capacitatea de a-și asuma o funcție parentală, reproducerea frecventă cu copii lor a condițiilor negative suferite în propria copilărie a acestor părinți.

Luarea în grijă a adolescenților și a adulților victime de abuz sexual în copilăria lor ne-a învățat că aceștia se simt întotdeauna vinovați nu atât de ceea ce au suportat, ci de sentimentul frecvent de a fi avut o parte de activitate în aceste fapte. Adolescențele, femeile adulte extrag de obicei de aici o identificare feminină foarte devalorizată mai ales pe plan sexual (sentimentul de a fi o „vicioasă”, o „târfa” etc.). Acest sentiment apare în general direct din curiozitatea sexuală a copilului. Să reamintim că curiozitatea sexuală infantilă este un lucru natural și necesar, care-l împinge pe copil pe drumurile sublimării. Avansurile sexuale ale unui adult, cu atât mai mult ale unui apropiat, excită curiozitatea copilului care uneori se întreabă „până unde o să meargă”. Această curiozitate, această nevoie de a ști, care la copil este normală, va fi remaniată și reelaborată retroactiv, într-un sentiment intens de culpabilitate și de responsabilitate. Unele adolescente au putut astfel să spună „este vina mea, nu am știut să spun nu” în legătură cu abuzul sexual suferit între 8-10 ani. În sfârșit, să adăugăm că această culpabilitate își are locul precis la emergența curiozității și riscă să împiedice ulterior orice dorință epistemofilică. Evident că la adolescență emergența pulsuniilor sexuale este trăită cu angoasă și culpabilitate (v. Abuz sexual la adolescență, în: *Adolescența și psihopatologie*).

Aceste manifestări tind să arate impactul durabil al abuzurilor sexuale asupra echilibrului psihoafectiv, oricare ar fi de altfel structura mentală a individului implicat. Ele justifică astfel necesitatea ca această gravă problemă să fie identificată, recunoscută și, dacă e posibil, să facă obiectul unei abordări terapeutice adaptate de fiecare dată când un copil poate să-i dezvăluie existența.

Dezvăluirea și propunerile terapeutice

Dezvăluirea de către copil este un moment deosebit de delicat deoarece provoacă la adult o încălcare emoțională intensă. Când un copil vorbește despre abuzuri sexuale din partea unui adult, el spune adevărul în imensa majoritate a cazurilor. Este necesar să credem copilul, să-l ascultăm, să-i luăm spusele în serios, altfel copilul riscă să tacă timp îndelungat dacă adultul căruia i-a făcut confidențe începe prin a se îndoi de spusele sale. Este necesar:

- să recunoaștem gravitatea lucrurilor spuse și/sau descoperite;
- să le precizăm caracterul în mod normal interzis și deci greșeala comisă de adult;

- să informăm copilul asupra necesității de a aduce aceste fapte la cunoștința celor care trebuie să intervină pentru a-l proteja, chiar dacă este posibil și frecvent necesar să-și acorde apoi timpul pentru reflecție și sfătuire (mai ales dacă agresorul este un membru al familiei).

Copilul trebuie să știe că adultul nu va rămâne inert în fața acestor dezvăluiri. Fără a banaliza, nici a nega faptele, dar nici a dramatiza și a acționa intempestiv (retragere și plasament nepregătit, arestare imediată a „agresorului”), o colaborare cu serviciile implicate (servicii medico-psihologice, sociale, judiciare, de poliție) trebuie să permită găsirea unui răspuns destul de rapid, dar coerent și conceput pe termen lung.

Absența reacției adulților ca și reacțiile prea impulsive și prost pregătite pot explica **conduita de retragere** a copilului care se produce în principal din trei motive (T. Furniss):

- de frica amenințărilor paterne;
- de frica consecințelor posibile ale dezvăluirilor sale pentru copilul însuși și familia sa;
- din cauza ostilității membrilor familiei care îi atribuie în mod deschis responsabilitatea abuzului și consecințele dezvăluirii sale. Această atitudine de retragere, non-excepțională, face încă și mai necesară o abordare familială coerentă, armonioasă și pluridisciplinară.

În ceea ce privește credibilitatea afirmațiilor copilului, pentru J.Y. Hayez (1994), un minor care vorbește spontan spune în general adevărul chiar dacă „este rar să existe o certitudine obiectivă care să susțină spusele sale”. În schimb, când unul dintre părinți dezvăluie abuzul conform cu spusele sale proprii (părinte care se cantonează la enunțul de generalități, excitându-se în timp ce povestește, cu o supralicitare a lucrurilor interzise denunțate la celălalt etc.) sau într-un context de conflict de cuplu major (neînțelegere, separare) sau în cadrul unui tablou delirant, trebuie să fim prudenți. Examinarea clinică a copilului, fizică dar și psihologică, precută și atentă, pot orienta: discursul al copilului foarte

general, chiar confuz, fără precizie în ceea ce privește locul, circumstanțele, spuse identice cu ale adultului acuzator, cu o acumulare de detalii spuse prea repede. Obținerea încrederii copilului, discuțiile în afara prezenței adultului, calmarea angoasei frecvent prezente permit în general obținerea unui discurs mai nuanțat.

După denunțul îndreptățit al situațiilor de abuz sexual, încep să apară din păcate câteva cazuri în care acest tip de falsă declarație este utilizată de către un adult împotriva celui alt, într-un climat de violență nesănătoasă.

Dezvăluirea către familie. — Situația este foarte diferită, după cum agresorul este un străin sau un membru al familiei. În primul caz, rolul fiecăruia dintre cei ce intervin în această situație este clar. Dificultățile privitoare la situațiile incestuoase vor fi abordate în cele ce urmează.

Dezvăluirea către familie pare necesară chiar dacă ea va provoca manifestări defensive, chiar atitudini agresive sau culpabilizante față de copil. Totuși o muncă interdisciplinară de pregătire trebuie efectuată pentru ca măsurile sociale, eventual necesare după această revelare către familie, să nu fie luate în urgență și într-un climat de catastrofă.

Nu trebuie să trecem cu vederea nici criza importantă pe care acest tip de dezvăluire îl provoacă la profesioniștii implicați. De aceea, este frecvent indispensabil un travaliu de elaborare în comun chiar dacă acesta întârzie cu câteva zile deciziile de luat.

Acțiunile terapeutice sunt multiple, fac să intervină numeroși profesioniști din medii diferite (sociale, medicale, educativ, judiciar). După sinteză și punere de acord, revelarea către familie provoacă unele reamenajări. Plasamentul copilului nu mai este inevitabil. Sunt frecvent utile măsurile de însoțire (AEMO). Este de dorit o însoțire printr-o susținere psihoterapeutică a copilului, binăntele cu condiția ca situația de abuz sexual să fi încetat. Unii autori preconizează o abordare familială ceea ce presupune o recunoaștere a problemei de către familie și o participare a agresorului la acest demers.

Acțiunile judiciare de întreprins sunt frecvent obiectul unor vii controverse între profesioniștii care intervin. Trebuie să deosebim măsurile vizând protejarea minorului și măsurile la adresa adultului incriminat.

Dacă apelul la lege este treaba tuturor, aplicarea legii este doar de competența magistraților. Este deci necesar să evităm confuziile de rol. Pentru numeroși autori, intervenția judiciară, mai ales măsurile de protecție a minorului (semnalarea cazului judecătoresc pentru copii) trebuie să meargă împreună cu măsurile terapeutice, după Furniss, pentru a fi încoronate de succes, programele terapeutice trebuie să fie susținute prin proceduri legale.

Articolul 62, alineatul 2 din codul penal afirmă obligația de a mărturisi: „va fi pedepsit... acela care, cunoscând abuzuri sau privațiuni aplicate unui minor de cincisprezece ani, nu va fi prevenit autoritățile administrative sau judiciare”. Secretul profesional rămâne o protecție (atât pentru cadrul care intervine cât și pentru părinți) dar nu trebuie să fie un paravan care să scuze o eschivare.

1.4. — PROSTITUȚIA MINORILOR

Vezi: *Adolescența și psihopatologie*, cap. 19.

2. — ABANDONUL — ADOPTIA

Adopția și corolarul său, abandonul, sau mai degrabă „consimțământul la adopție”, sunt reglementate în Franța prin legile din 11 iulie 1966 și din 22 decembrie 1976. O nouă legislație este actualmente în curs de elaborare (ianuarie 1996).

În prezent, pe teritoriul francez sunt mai multe cupluri candidate la adopție decât copii de adoptat. Aceasta explică recursul la adopția de copii străini fie prin intermediul unor instituții de adopție fie pe cale directă.

Dacă în 1930 numărul de copii nou plasați în vederea adopției era de aproximativ 10000, el nu mai era decât de 4910 în 1975, 2134 în 1991 și 1327 în 1993. Trebuie să precizăm și că nu toți acești copii sunt adoptați sau adoptabili. Numărul cuplurilor care cer să adopte este mult mai crescut, chiar dacă acest număr a încetat să crească o dată cu multiplicarea tehnicilor medicale de fecundare (v. cap. 25, 3). Oricum, numeroase cupluri recurg la adopția internațională. Aceste cupluri trebuie să urmeze procedura de adopție ca și celelalte (v. mai jos) apoi, odată aprobarea primită, să depună acest dosar la misiunea de adopție internațională care este singura abilitată să elibereze o viză de intrare pentru copil. Cuplurile care adoptă pot apoi să aleagă fie să treacă printr-o instituție de adopție, fie să se ducă direct într-o țară străină („cale directă”). Există în fiecare an aproximativ 2600-3000 de copii de origine străină (în ordine descrescând: America, Asia, Africa, Europa) adoptați, cifră net superioară față de numărul de pupili ai statului adoptați (aproximativ 1300).

2.1. — ABANDONUL ȘI „CONSIMTĂMÂNTUL LA ADOPTIE”

Legea din 1904 a instaurat abandonul legal (naștere sub X, cu înscrierea copilului sub trei prenume), dispoziție păstrată de legislația mai recentă.

Totuși numărul de copii abandonati la naștere scade regulat. Mai multe motive contribuie la această scădere: liberalizarea avortului, un ajutor material mai mare pentru mamele celibatate, o presiune morală mai mică asupra acestora din urmă. Dar mai ales, abandonul precoce întâlnește un oprobriu puternic pe care mamele tinere îl pot rareori înfrunta în perioada de post-partum: ele refuză să abandoneze nou-născutul dar se vor dovedi apoi incapabile să crească sugarul. Se ajunge astfel la o situație de abandon progresiv sau de delăsare (Cl. Launay) la copii de la 2 la 4 ani care suferă atunci de separări multiple, de carență afectivă, de schimbări iterative ale locurilor de îngrijire, de plasamente temporare succesive la Ajutorul social pentru copii. Erau numeroși copii în această stare de „delăsare” pentru care adopția nu era posibilă.

Articolul 350 din legea din 1966, modificată în 1976, permite oficializarea acestei situații de abandon de fapt și face posibilă o adopție, precizând trei puncte:

- dă o definiție mai precisă noțiunii de dezinteres manifest. Dezinteresul manifest este absența relațiilor necesare menținerii legăturilor afective între copil și părinții săi biologici;
- stabilește circumstanțele care trebuie să rămână în principiu fără influență asupra deciziei judecătorului: orice velleitate din partea părinților de a revede sau de a lua din nou copilul, *fără ca aceste cereri să fie urmate de efecte*, nu poate să întrerupă procedura de abandon și de adopție;
- în sfârșit, perioada de referință luată în considerare pentru a aprecia dezinteresul este anul care precede cererea de declarare a abandonului. Notificarea cererii și măsurile de instrucție provocă frecvent la părinții biologici o renaștere a interesului, fugitivă și artificială. Aceasta nu trebuie să prevaleze, în acest caz, asupra dezinteresului manifest dovedit timp de un an.

Consimtământul la adopție este cererea voluntară a părintelui sau a părinților dornici să abandoneze un copil recunoscut (deci diferit de nașterea sub X). Acest consimțământ poate să fie retractat în timpul următoarelor trei luni după depunerea cererii: părinții pot atunci să ia înapoi copilul pe baza unei simple cereri verbale. După acest răgaz, restituirea copilului rămâne posibilă, exceptând cazul în care copilul a fost plasat în vederea adopției. În acest ultim caz, pentru a lua înapoi copilul, părinții trebuie să sesizeze judecătorul care ordonă restituirea dacă aceasta e conformă cu interesul copilului. În funcție de aceste diverse proceduri, care sunt copii care pot fi adoptați?

- copiii născuți sub X (art. 341-1 din codul civil, Legea din 8 ianuarie 1993);
- abandonurile prin consimțământul la adopție;
- pupilele statului;
- abandonurile judiciare (articolul 350);
- orfanii de tată și mamă.

2.2. — ADOPTIA

Mult timp limitată la adopția adulților (codul Napoleon) dintr-o grijă politică (succesiune) sau economică (moștenire), adopția a fost extinsă la copii după primul război mondial din cauza numărului mare de orfani. Există două modalități de adopție:

- adopția plenară: toate legăturile cu familia de sânge sunt rupte. Această adopție este definitivă și irevocabilă, făcând din copil un descendent legitim al familiei al cărei nume este luat de copil;
- adopția simplă nu rupe toate legăturile cu familia de origine. Este un contract de la familie la familie care poate fi revocabil. Familia care adoptă dispune de autoritatea parentală, adoptatul poartă numele ambelor familii, cu excepția situației în care există o decizie a tribunalului. În realitate, este vorba frecvent de plasamentul în sânul aceleiași familii (plasament la un unchi sau la un văr) sau despre vechi plasamente de îngrijire care sunt astfel oficializate.

Definiția adoptanților

O dată cu legea din 1976, condițiile pentru a putea adopta un copil sunt următoarele:

- cuplurile căsătorite de cinci ani (fără limită de vârstă pentru părinți) chiar dacă cuplul are descendenți legitimi;
- persoanele singure în vârstă de peste treizeci de ani;
- în caz de deces al unui părinte care adoptă, poate fi pronunțată o nouă adopție în favoarea noului soț. Totuși nu există o ruptură de familia părintelui decedat.

Procedura

Adoptantul adresează o cerere prefectului. Dosarul cuprinde, pe lângă piesele administrative, un certificat semnat de un psihiatru ales dintr-o listă propusă părinților. Acest psihiatru trebuie să constate „absența inconvenientelor de ordin psihologic”.

Dosarul este transmis Consiliului familiilor (șapte membri: doi consilieri

generali, cinci persoane numite de prefect în virtutea competenței lor în domeniul adopției), care acceptă sau refuză cererea părinților.

În caz de acord, prima etapă este plasamentul în vederea adopției timp de 6 luni, în cursul căruia un serviciu social urmărește familia. Cea de-a doua etapă este cererea în scopul adopției, prezentată de adoptant la Tribunalul de Mare Instanță. Această cerere încheie procedura.

2.3. — ASPECTE PSIHLOGICE ALE ADOPTIEI

Selecția cuplurilor este indispensabilă. Într-adevăr, unele cereri se înscriu fie într-un context prea patologic, fie sunt făcute într-un moment de reacție uneori temporară. Aceste cereri ale căror motivație nu pare fondată pe baze suficiente de solide pot fi ușor recunoscute în unele cazuri: părinți foarte vârstnici sau grav bolnavi, conflict conjugal major, anxietate vie, trăsătură patologică patentă, cerere impulsivă după doilul unui soț sau a unui copil. Alteori calitatea cererii este mai delicată de evaluat; cererea poate să fie complet idealizată și să nu fie însoțită de nici o relație concretă cu copiii: este astfel interesant să știm dacă acestui cuplu îi place să se ocupe de copii și dacă îi consacră în mod obișnuit o parte a timpului său.

Dar, în afara condițiilor evidente defavorabile, este frecvent dificil să precizem calitatea relației care s-ar putea instaura între copilul adoptat și cuplul adoptant. Într-o manieră generală, vârsta copilului este un factor important: ansamblul autorilor consideră că 3 până la 6 luni e o vârstă ideală. După 7 sau 8 ani, adopția este frecvent foarte dificilă, mai ales când copilul a cunoscut carențe anterioare multiple.

Dezvăluirea. — A fost obiectul a numeroase controverse. Trebuie să distingem aici anxietatea părinților adoptanți în fața acestei probleme și anxietatea reală sau presupusă a copilului.

Când părinții își trăiesc inconștient sterilitatea de cuplu ca pe o impotență sexuală, problema dezvăluirii este atunci trăită ca o amenințare la adresa calității lor de părinți adoptanți. Poate fi necesară atunci o susținere psihologică; consultațiile care preced adopția pot de altfel să încerce să abordeze și să clarifice acest punct în dinamica cuplului steril precum și cererea de adopție. În realitate, când copilul a fost iubit și crescut în sânul unui cuplu unit, când s-a răspuns puțin câte puțin întrebărilor sale despre sexualitate, procreare, sarcină, anunțarea adopției poate desigur să-l facă pe copil temporar mai curios, dar nu modifică cu nimic legătura afectivă care-l unește cu părinții săi adoptivi. Astfel informat, „dezvăluirea” nu mai are această semnificație și nu mai introduce ruptura profundă

pe care o dezvăluire prea tardivă o poate provoca: este cazul în care dezvăluirea se produce în momentul precis în care apar dificultățile psihologice sau la adolescență.

Copilul adoptat își construiește uneori un „roman familial” a cărui intensitate este înfrântă de realitate. Freud a numit astfel construcția imaginară a copiilor „decepționiști” de părinții lor, când aceștia nu corespund așteptării lor reale sau fantasmatică. În momentul complexului oedipian, unii copii își inventează astfel o familie bogată și puternică ce are dublul avantaj de a satisface ambivalența sentimentului lor și de a atenua culpabilitatea față de părinții lor adevărați. Este evident că copilul adoptat, mai ales când apare un conflict cu părinții lui adoptivi, sau când e în situație de rejecție, va fi cu atât mai dispus să construiască acest „roman familial”. Capacitatea părinților de a tolera acest roman, de a nu se simți nici devalorizați, nici în rivalitate cu acești părinți imaginari, dar a căror realitate poate să devină aici invazivă, menține „romanul familial” în limitele normale. În schimb, teama părinților adoptivi poate fixa copilul în reveriile sale imaginare. Rareori acestea ajung la o căutare activă a părinților genitori, cu excepția adolescenței unde urmele „romanului familial” pot să persiste sub forma căutării unui părinte idealizat și puternic din punct de vedere social.

Psihopatologia copilului adoptat nu prezintă nimic specific. În consultațiile de specialitate se găsește un procent de copii adoptați (2,9%) ușor superior procentului din populația generală (1,3%). Totuși trebuie să înțelegem cont, pe de o parte, de vigilența frecvent mai mare la părinții adoptivi care cunosc bine serviciile sociale și de psihiatrie și recurs la ele probabil mai ușor, pe de altă parte, de plasamentele tardive (7-8 ani) ale copiilor prezentând deja „profiluri la risc”.

Cazuri speciale. — Necesitatea unei integrități fizice și mintale a copiilor abandonati a fost mult timp pretextul amânării adopției: instituțiile cereau mai multe luni, chiar un an, pentru a judeca calitatea dezvoltării și absența encefalopatiei tardive. În realitate, nu există motiv pentru ca, la copiii abandonati, riscul de morbiditate să fie, *la naștere*, superior riscului din populația generală. În schimb, menținerea nejustificată în instituție până la 9-10 luni și chiar 18 luni poate chiar ea să provoace o stare de carență, cu toate consecințele pe care le cunoaștem (v. cap. 22, 1). Aceste termene au fost considerabil scurătate de noua legislație, reduse la 3 luni, termen clar suficient pentru a depista patologia cea mai grea.

Dacă în zilele noastre un număr important de cupluri continuă să dorească un „un frumos copil blond și foarte inteligent”, se profilează o toleranță mult mai mare în favoarea diferenței. Unele cupluri cer acum să adopte copii străini. Unele instituții sunt de altfel specializate în ceea ce constituie aproape un trafic

pentru că în același timp în care adopția caută să aducă copii de foarte departe, ei îi refuză uneori pe cei care le sunt propuși pe loc.

Cererea de adopție a copiilor handicapați fizic, dar mai ales mintal, a fost mult timp considerată „nevrotică” (doriță de reparație, sentiment mai mult sau mai puțin conștient de culpabilitate), deci puțin rezolvabilă. Și acolo se profilează o mișcare, unele adopții de copii dificili s-au dovedit succese.

3. — PROTECȚIA COPILULUI ȘI STRUCTURILE MEDICO-SOCIALE

Noul cod penal a reorganizat recent, în Franța, condițiile unei intervenții judiciare și/sau administrative în domeniul „copilului în pericol”. În acest scurt paragraf vom da câteva indicații, rugând cititorul să consulte lucrările specializate, mai ales:

— Strauss P., Manciaux M.: Copilul maltratat, ed. Fleurus, Paris, 1993: partea a 3-a și a 4-a a acestei importante culegeri precizează condițiile de intervenție, măsurile ce trebuie luate și cadrul lor juridico-administrativ;

— Raymond G.: *Dreptul copilului și adolescentului*, I Vol. Ed. Litec, Paris, 1995.

Vom aborda succesiv serviciile care depind de justiție, serviciile acțiunii sanitare și sociale, vom reaminti legea de orientare în favoarea persoanelor handicapate, apoi instituțiile pedagogice și medico-sociale care acționează în cadrul acestei legi.

3.1. — SERVICIILE CE DEPEND DE JUSTIȚIE*

Ordonanțele din 2 februarie 1945 (în materie penală) și din 23 decembrie 1953 — modificate de legea din 4 iunie 1970 — (în materie de asistență educațională) constituie cadrele de referință ale jurisdicției specializate pentru minori. Judecătorul pentru copii intervine când există un conflict:

- între minor și familia sa (tratamente rele, carență gravă de educație, fugă);
- între minor și societate (droguri, delincvență, prostituție...);
- între familie și societate (refuz de școlarizare obligatorie, absenteism școlar important, refuz al intervenției serviciilor de prevenție când există pericol).

* Paragraf scris de Dna M. Chadeville-Prigent, judecător de copii la tribunalul din Crétail.

În materie penală

Procurorul Republicii este cel care decide, după ancheta poliției sau jandarmăriei, asupra oportunității urmăririlor, apoi asupra orientării procedurii pentru instrucție, fie către judecătorul pentru copii, fie către judecătorul de instrucție. Se disting trei etape:

Instrucția

Pentru contravențiile de clasa a 5-a și delict, ea este asigurată de judecătorul pentru copii sau de judecătorul de instrucție însărcinat cu afacerile minorilor. Pentru crime, este încredințată obligatoriu judecătorului de instrucție.

Magistratul sesizat constituie un dosar atât asupra faptelor, cât și asupra personalității tânărului. Poate să ceară expertize dar și un bilanț medico-psihologic unei echipe educative constituite din psihiatru și psiholog.

Măsura educativă este regula aici, detenția provizorie (posibilă în anumite condiții de vârstă și de gravitate a faptelor) este excepția.

Judecata este atributul:

- judecătorului de copii, singur în cabinetul său pentru problemele simple;
- tribunalului pentru copii, prezidat de judecătorul pentru copii asistat de doi asesori, pentru contravențiile de clasa a 5-a, delictul și crimele comise de minorii de mai puțin de 16 ani;
- curții cu juri pentru minori prezidată de un consilier al curții de apel asistat de doi judecători de copii și nouă jurați pentru crimele comise de minorii de peste 16 ani.

În fața tribunalului pentru copii și a curții cu juri deciziile pot fi de ordin educativ, dar pot fi și sancțiuni penale.

Executarea pedepselor

Judecătorul de copii controlează executarea măsurilor educative stabilite și organizează măsurile și probarea (măsură de suspendare cu punere la probă și muncă în interesul comunității).

În asistența educativă

Când există un pericol pentru sănătatea, securitatea, moralitatea unui minor sau când condițiile sale de educație sunt grav compromise, judecătorul poate să fie sesizat de tatăl, mama, tutorele sau gardianul copilului, de către procurorul Republicii. De asemenea, el se poate și sesiza din oficiu.

După audierea părților, judecătorul de copii poate să ordone:

- o măsură de consultație, adică un examen psihologic;

— o măsură educativă în mediu deschis pentru o durată de șase luni care se poate reînnoi;
 Această măsură se exercită de către un lucrător social (educator, asistent social).

— o măsură de plasare într-o instituție specializată sau într-o familie de primire. Judecătorul de copii poate plasa copiii într-o instituție sau într-un serviciu de plasament familial ce depinde de Ministerul de Justiție, de Ajutorul Social pentru Copii sau agreat de aceste două ministere.

În unele departamente, există un centru de observație.

În caz de urgență, judecătorul de copii poate să plaseze un copil înainte chiar de a fi audiat părinții.

Plasamentul este constrângător pentru familie, care de fapt nu se poate opune. În realitate și în majoritatea cazurilor, când un plasament se dovedește necesar, judecătorul sau serviciul educativ pe care l-a mandatat îl pregătește împreună cu familia, încercând să o facă să adere la un proiect.

Măsurile de asistență educativă în mediu deschis (AEMO) sunt modificabile în orice moment și trebuie în orice caz revizuite la fiecare doi ani.

3.2. — SERVICIILE DE AJUTOR SOCIAL PENTRU COPII

Legea de descentralizare din 22 iulie 1983 a modificat organizarea serviciilor departamentale ale Direcției Departamentale de Acțiune Sanitară și Socială (DDASS) și ale Ajutorului Social pentru Copii (ASE). Aceste modificări au provocat un transfer de competențe începând cu 1 ianuarie 1984.

Această nouă repartitie a competențelor permite o mai bună sensibilizare și participare a aleșilor locali la bugetul cel mai important al departamentului. În unele departamente, bugetul vechii DDASS reprezenta aproximativ 50% din masa bugetară a departamentului.

În schimb, ea are inconvenientul de determina împărțirea în două administrații diferite a serviciilor care se ocupă de copiii în dificultate: pe de-o parte, intersectorul de pedopsihiatrie reprezentând ansamblul psihiatriei spitalicești și extraspitalicești este plasat sub tutela DDASS-Stat, în timp ce gestiunea serviciilor de prevenție sanitară și ale acțiunii sociale: Protecția Maternă și Infanțilă (PMI), Ajutorul Social pentru Copii (ASE), serviciul social departamental etc. ajung de competența Direcției de Prevenție a Acțiunii Sociale (DPAS), numită în diferite feluri după departamente (DISS, DASES, DIV, DASMA etc.), plasată sub responsabilitatea Consiliului General al Departamentului și al președintelui său.

* Acest paragraf și următoarele au fost scrise cu colaborarea Dr N. Catheline.

Pentru a limita mai bine creșterea cheltuielilor spitalicești, statul a păstrat sub tutela sa directă controlul gestiunii spitalelor, prin intermediarul DDASS-Stat. În schimb, majoritatea celorlalte servicii a trecut sub responsabilitatea DPAS-Departament.

În sânul DPAS, serviciul Ajutorului Social pentru Copii (ASE), plasată sub autoritatea Consiliului general, are o misiune de prevenție și de protecție socială. Principiul prioritar este menținerea copilului în familia sa prin intermediul ajutoarelor financiare și măsuri de Acțiune educativă în mediu natural (AEMN) cu ajutorul unei echipe constituite dintr-un medic de la PMI (Protecția Maternă și Infanțilă), responsabil al unui sector geografic, din asistente sociale, din educatoare specializate pentru copiii mici, ca și dintr-un psiholog. Această luare în îngrijire poate fi articulată la un proiect de îngrijiri asumat de echipa de sector.

Serviciul de Ajutor Social pentru Copii (ASE) dispune de instituții proprii (cămin departamental pentru copii, casă maternală, creșă, cămine pentru tinere mame celibatate etc.) și de o rețea de plasamente familiale sau în internat (case de copii cu caracter social: MECS). Acest serviciu primește copiii care în sunt încredințați fie direct de către părinți (statut de găzduit temporar), fie de către serviciile juridice (plasare sub tutela judecătorului cu ordin de custodie provizorie acordat directorului instituției care devine astfel responsabilul legal al copilului), fie de către biroul de abandon.

O dată cu legea din 10 iulie 1989, acest serviciu este responsabil de prevenția și de informarea cu privire la maltratare (număr de telefon gratuit, culegere de informații și răspuns în urgență).

3.3. — LEGEA DE ORIENTARE ÎN FAVOAREA PERSOANELOR HANDICAPATE

Principalele texte sunt:

- legea din 30 iunie 1975 (nr. 75-534);
- decretul din 12 decembrie 1975 (nr. 75-1116);
- circulara din 22 aprilie 1976 (nr. 76-156 și nr. 31).

Această lege are drept obiectiv să afirme, în ansamblul lor, drepturile handicapatului, să simplifice legislația și reglementarea până acum în vigoare. Printre drepturile handicapatului sunt astfel precizate:

- dreptul la educație și la instruire, adică pentru națiune obligația de a-i educa și de a-i instrui pe copiii handicapați;
- dreptul la îngrijiri, adică obligația unei solidarități naționale pentru a-i îngrijii;
- dreptul la muncă și la integrare socială, ca și dreptul la o garanție a resurselor pentru handicapați adulți.

O mare parte a textelor privește modalitățile de atribuire a alocăției financiare către handicapați. Pentru copil, orientarea educativă și atribuirea alocățiilor de educație specială (AES) sunt sub responsabilitatea comisiei departamentale de educație specializată.

Comisiile de orientare

Create prin legea din 1975, ele asigură tratamentul social al handicapului. Comisia departamentală de educație specială (CDES), compusă din 12 membri din sectorul medical, social, asociativ și școlar și numiți de către prefect, este chemată să statuteze asupra orientărilor către instituții de educație specializată, adică structuri medico-sociale, aparținând în același timp de ministerul Afacerilor sanitare și sociale și de ministerul Educației Naționale.

CDES este ajutată în această sarcină de comisii zise „de teren”: Comisiile de Circumscripție: CCPE (Comisia de Circumscripție Preșcolară și Elementară) pentru învățământul elementar și CCSD (Comisia de Circumscripție pentru gradul doi) pentru învățământul secundar până la 16 ani, sfârșitul școlarității obligatorii. Decizia de orientare luată de CDES se impune instituției care trebuie să primească copilul, totuși sub rezerva existenței de locuri disponibile.

CDES atribuie de asemenea ajutoare financiare: alocăția de educație specială (AES) însoțită eventual de un complement de categoria 1 (cel mai slab), de categoria 2 sau de categoria 3 (excepțională) care corespunde unei alternative la o spitalizare pentru copii atinși de o boală cronică fără potențial evolutiv favorabil pe care părinții doresc să-i păstreze la domiciliu.

Decizia atribuirii acestui ajutor financiar se impune Casei de Alocății familiale (CAF) care este organismul plător.

3.4. — STRUCTURILE ASOCIATIVE

În Franța există instituții de îngrijire gestionate de asociații private, aflate sub incidența legii din 1901 cu privire la asociațiile cu scop nelucrativ, dotate cu un consiliu de administrație specific și care se înscriu într-un proiect de serviciu public. Aceste instituții sunt în general legate prin convenție cu Educația Națională, DDASS, casele de Asigurare pentru boală (Securitatea Socială) și uneori cu sectoarele de psihiatrie infanțio-juvenilă.

Cu valoare de exemplu, vom cita:

Centrele de consultație

Centre medico-psiho-pedagogice (CMPP).

Centre de acțiune medico-socială precoce (CAMSP).

Creat la Paris încă din 1946 de către G. Mauro, primul Centru medico-psiho-pedagogic (CMPP) reunește o echipă de specialiști (pedopsihiatri, psihologi, logopezi, reeducatori în psihopedagogie) destinată să ajute copilul cu dificultăți școlare. Apoi, CMPP-urile s-au înmulțit pe ansamblul teritoriului francez (aproximativ 400 CMPP), mai ales în mediul urban. Ele rămân prima structură ambulatorie de îngrijiri cunoscută de către profesori datorită originilor sale, pionierii CMPP recrutându-se printre apropiații Educației Naționale.

În zilele noastre, există puține diferențe între CMPP-ul dependent de sectorul de pedopsihiatrie (v. cap. 27) și CMPP-ul dependent de o structură asociativă în ceea ce privește funcționarea și populația primită. În schimb, există o diferență în modul de finanțare a îngrijirilor: gratuite pentru CMP și fără obligație de suport multiplu pentru același copil; răspunzând la o înțelegere prealabilă cu Casele de Asigurare de Boală pentru CMPP și cu obligația a două intervenții minimale per copil datorită prețului pe zi perceput de instituție.

În ceea ce privește CAMSP-urile, unele sunt legate de structuri asociative, în general specializate într-un tip precis de patologie (copii surzi, orbi, deficienți motor etc.).

Instituțiile specializate

Distingem:

– *instituțiile medico-pedagogice* (IMP) care primesc copii funcționând pe un mod deficitar pe planul învățării, indiferent că originea este genetică, neurologică sau psihică. Ele primesc în general copii de la 6 la 14 ani, iar unele instituții specializate în luarea în îngrijire a encefalopatiilor neo- sau perinatale au o înțelegere care le permite să primească copii mai mici (uneori de la 3 ani).

Sunt în majoritate structuri private (asociații conform legii 1901), sub contract cu Statul și controlate de DDASS în ceea ce privește funcționarea lor generală, ca și de Educația Națională în ceea ce privește profesorii specializați care lucrează acolo.

Ele funcționează datorită unui preț pe zi plătit de Asigurarea de Boală, redefinit în fiecare an de DDASS.

Copiii beneficiază aici în același timp de o pedagogie adaptată ca și de îngrijiri și reeducare, așa cum sunt furnizate în sectoarele de psihiatrie (ortofonie, psihomotricitate, psihoterapie). Interesul acestor structuri este reunirea în același loc a tuturor acestor tipuri de îngrijire.

Deși circularele de integrare au pătruns de asemenea în IMP-uri, iar încercările de școlarizare cu program scurt sunt din ce în ce mai frecvente, copiii plasați în IMP urmează, în majoritate, un circuit protejat care îi conduce apoi în IMPRO unde se fac de asemenea integrări în SEGPA.

— *Institutele medico-profesionale (IMPRO)*, iau în îngrijire intervalul de vârstă următor: 14-20 de ani, chiar mai mult de la amendamentul Creton încoace, pentru copii care prezintă aceleași dificultăți.

Aceste instituții asigură formarea profesională a acestor adolescenți și se ocupă să-i plaseze pe lângă angajatori la ieșirea lor.

— *Institutele medico-educative (IME)* primesc copiii de la 16 ani la 20 de ani (IMP + IMPRO).

— *Institutele de reeducare (IR) și Institutele de reeducare profesională (IRPro)* primesc copii care au potențialități intelectuale non-deficitar, dar care prezintă tulburări afective sau instrumentale ce îngreunează învățarea. Ei beneficiază de un învățământ adaptat, ca și de îngrijiri precum copiii din IME, dar întoarcerea lor în circuitul obișnuit al Educației naționale rămâne proiectul principal al acestui tip de instituție.

— *Locurile de viață, sejur de ruptură:*

Începând cu anii 80, s-au multiplicat locurile de primire pentru copiii mari și adolescenți, uneori rezervate unei patologii specifice (autism de exemplu), gestionate cel mai frecvent de o familie și situate în mediu rural. Aceste locuri de viață primesc tinerii pentru sejururi în general temporare (de la 15 zile la 2-3 luni), rareori mai lungi. Obiectivul terapeutic constă într-o adaptare a tânărului la viața din familia de primire, uneori bazată pe o conceptualizare teoretică de inspirație cel mai frecvent psihanalitică. Fără cadru juridic foarte precis, nici mod de finanțare riguros determinat, aceste locuri intermitente de viață aduc uneori mari servicii părinților de copii handicapați, copiii înșiși și instituțiilor care îi au în îngrijire în timpul anului.

BIBLIOGRAFIE

- BALIER C.: *Psychanalyse des comportements violents*. PUF, Paris, 1988.
- CHAMBERLAIN A., RAUGH J., PASSER A. și col.: Issues in fertility control for mentally retarded female adolescents. In: Sexual activity, sexual abuse and contraception, *Pediatrics*, 1984, 73, 445-448.
- CHAMBERLAND C.I.: La violence faite aux enfants. *Prisme*, 1992, 3, 1, 16-31.
- CRIVILLE M., DESCHAMPS M., FERNET C., SITTler M.F.: *L'inceste. Comprendre pour intervenir*. 1 Vol. Privat, Toulouse, 1994.
- DELTA GLIA L.: *Les enfants maltraités*. ESF, Paris, 1979.
- DESCHAMPS G., PAVAGEAU M.T., PIERSON M., DESCHAMPS J.P.: Le devenir des enfants maltraités. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1982, 30, 12, 671-679.
- FREEDMAN A.M., KAPLAN H.I., SADOCK B.J.: Child Maltreatment and Battered-Child syndrome. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 1 Vol. p. 1151-1156. Williams and Wilkins, Baltimore, 1978.

FURNISS T.: L'inceste et l'abus sexuel dans la famille: un modèle de traitement intégré 559-575. In: *L'enfant dans sa famille. Nouvelles approches de la santé mentale*. Chiland C., Young J.-G., PUF, Paris, 1990.

GABEL M.: *Les enfants victimes d'abus sexuel*. PUF, Paris, 1992.

HAYEZ J.Y.: De la crédibilité des allégations des mineurs d'âge en matière d'abus sexuel. *Psych. Enf.*, 1994, 37, 2, 361-394.

HAYEZ J.Y.: *Les abus sexuels sur des mineurs d'âge: inceste et abus sexuel extrafamilial*. *Psychiatrie Enf.*, 1992, 35, 1, 197-271.

KAUFMAN J.: Depressive disorders in maltreated children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1991, 30, 2, 257-265.

KEMPE R.S., KEMPE C.H.: *L'enfance torturée*, 1 Vol. P. Mardaga, Bruxelles, 1978, 192 p.

La santé en France: Rapport général, La Documentation Française, Paris, 1995.

MARCELLI D.: La dépression chez l'enfant. In: *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*. Ed. 2, PUF, Paris, 1995.

Numéro spécial: *NeuroPsy. Enf. Ado.*: Violences, enfants battus et justice, 1992, 40, 7, 351-408. La prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels. L'intervention du pédopsychiatre.

Numéro spécial: *Prisme*: Abus et négligence, 1992, 3, 1.

Numéros spéciaux:

— Adoption. *Lieux de l'enfance*, 1985, Nr. 1 și 2.

— L'inceste. *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1985, 33, 60.

— Les abus sexuels à l'égard des enfants. *La revue du Pédiatre*, 1987, 23, 7.

— Les abus sexuels à l'égard des enfants, comment en parler. *Dosar tehnic. Ministerul Solidarității, Sănătății și Protecției Sociale*, 1988, 1.

RAYMOND G.: *Droit de l'enfance et de l'adolescence*, 1 Vol. Litec, Paris, 1995.

SOULE M., NOEL J.: Abandon – adoption. In: MANDE M., MASSE N., MANCIAUX M., *Pédiatrie sociale*, ed. 2., p. 549-553. Flammarion, Paris, 1977.

STRAUSS P., ROUVER M.: Le devenir psychologique des enfants maltraités. In: *L'enfant vulnérable*. Anthony E.J., Chiland C., Koupemik C. 1 Vol., p. 395-402. PUF, Paris, 1982.

STRAUSS P., MANCIAUX M., DESCHAMPS G. et al.: *Les jeunes enfants victimes de mauvais traitements (1972-1975)*, CTNERH, Paris, 1978.

STRAUSS P., MANCIAUX M.: *L'enfant maltraité*, Fleurus, Paris, 1993.

SURIS J.C., RESNICK M.D., BLUM R.W.: Sexuality and sexual behavior among youth with chronic illness. A comparison among those with visible and non visible conditions. *J. Adolesc. Health* (à paraître).

PARTEA A CINCEA

TERAPEUTICA

INTRODUCERE

Această ultimă parte este o scurtă introducere privind demersul terapeutic în pedopsihiatrie. Scopul nostru nu este de a expune principiile teoretice și tehnica propriei fiecărui tip de intervenție terapeutică: ele sunt din ce în ce mai numeroase și își au sursele în corpusuri teoretice foarte diferite (psihanalitic, comportamental, neurofiziologic etc.). Mai simplu, vom încerca aici să degajăm principiile pe care se bazează alegerea terapeutică: care sunt forțele care se aliază sau se opun acțiunii terapeutice? Care este locul simptomului în sânul dinamicii conflictuale proprii copilului, dar și în sânul dinamicii familiale? Acțiunea terapeutică ar acționa oare mai degrabă asupra conduitei simptomatice sau asupra structurii psihice? Care sunt posibilitățile de rezolvare a conflictului?

Se înțelege că a răspunde acestor întrebări înseamnă a considera ansamblul problemelor deja abordate, printre altele cele ale normalului și patologicului, cele ale locului simptomului și respectiv ale organizării psihice. Contrar psihiatrului și/sau terapeutului de adulți, pedopsihiatrului îi pasă mai puțin de starea prezentă decât de starea viitoare. Mai exact, el se preocupă să evalueze în starea prezentă a unui copil, capacitatea potențială de a menține o dezvoltare satisfăcătoare sau dimpotrivă, incapacitatea cvasi-sigură sau cel puțin foarte probabilă pentru o asemenea dezvoltare satisfăcătoare. Astfel, pentru Lebovici și Diatkine „*diversele metode terapeutice își găsesc indicațiile lor, nu doar în descrierea stării actuale, ci în previziunea dezvoltării care poate fi făcută plecând de la situația prezentă*”.

Prezența patologicului — *patologic* fiind înțeles în sensul unei conduite simptomatice repertoriata de către semiologia psihiatrică — nu este suficientă, atât cât trebuie, pentru a evalua potențialul de devianță. La copil sunt numeroase conduitele aparent patologice care, în realitate, constituie forme anterioare ale unei organizări mintale normale: dacă nu ar fi așa, aproape toți copiii ar trebui să fie considerați „bolnavi” și să justifice un tratament. Astfel, Chiland a arătat pe un eșantion de 66 de copii că doar unul dintre ei era total indamn de o conduită simptomatică: ceea ce echivalează oare cu a spune că ceilalți 65 ar trebui tratați? În plus, frecvența conflictelor de adaptare a copilului la mediul extern implică, atât cât se poate, distingerea conduitei simptomatice ale unui

conflict internalizat și a conduitelor care provin dintr-o simplă inadecvare a copilului la condițiile externe: dacă rolul patologic al acestor condiții externe pare prevalent, este evident că nu servește la nimic și că poate fi chiar dăunător să înșiși să reduci la copil o conduită aparent deviantă, când aceasta nu este poate decât o manifestare zgomotoasă de protest și, finalmente, de sănătate.

În sfârșit, absența oricărei conduite îngrijorătoare pentru anturaj nu înseamnă că acest copil este sănătos: tăcerea tuturor conduitelor psihice, dacă poate să satisfacă sau să liniștească familia, anturajul, școala, poate să fie însă și martora unor grave distorsiuni a capacităților de elaborare a conflictelor psihice. Astfel, absența oricărei angosae de străin, absența oricărei forme anterioare de conduită fobică sau ritualizată în mica copilărie, absența oricărei conduite de ruptură la adolescență, poate să fie dovada atât a unei personalități patologice care se adaptează într-un fel conformist ca un „*false self*” la realitate, cât și a unei personalități în care se echilibrează armonios diversele pulsuni.

Problema tratamentului implică deci să luăm în considerare nu doar conduita simptomatică incriminată, dar și locul său în raport cu structura psihopatologică a copilului și cu problematica familială. În alți termeni, efortul terapeutic ar trebui oare să se concentreze asupra conduitei patologice însăși, asupra structurii psihopatologice subiacente, asupra constelației familiale și de mediu sau asupra mai multora dintre aceste axe în același timp?

Aceste diferite puncte de vedere au fost dezvoltate pe larg în toată această lucrare (v. de exemplu capitolele asupra deficienței intelectuale și îndeosebi deficiența-limită, asupra nevrozei, asupra dificultăților școlare etc.). Era totuși necesar să le reamintim pe scurt în această introducere la demersul terapeutic în pedopsihiatrie.

Vom începe acest capitol printr-o descriere a pedopsihiatriei publice (intersectorul de pedopsihiatrie), care reprezintă marea majoritate a acțiunilor terapeutice întreprinse pe lângă copii. Structurile asociative au fost descrise în cap. 26, 3.4. În ceea ce privește practica privată, în afara ortofoniștilor numeroși care lucrează în domeniul privat, ea este limitată în marile orașe la câțiva practicieni (psihiatru, psiholog lucrând în calitate de psihoterapeut) a căror practică este rareori limitată la copii și/sau adolescenți.

27 SECTORUL DE PEDOPSIHIATRIE*

1. — PRINCIPII GENERALE

Copiat după modelul sectorului adult, existența sectorului psihiatriei infanto-juvenile a răsarit progresiv din textele reglementare plecând de la textul princeps din 15 mai 1960, care precizează simplu că spitalizarea în secția de pedopsihiatrie trebuie să se facă doar sub regimul plasamentului liber.

Ulterior, o serie de circulare (13 septembrie 1961, 18 ianuarie 1971, 16 martie 1972, 11 decembrie 1992) au precizat organizarea intersectorelor de pedopsihiatrie, modalitățile de primire a pacienților, structurile de îngrijire (v. mai jos).

Există acum în Franța aproximativ 800 de sectoare adulte față de 300 de sectoare infanto-juvenile.

Articularea sector de psihiatrie adult/sector infanto-juvenil nu este întotdeauna ușoară, dat fiind conținutul vag al textelor cu privire la limita superioară de vârstă întrucât că aceasta nu este clar fixată. Doar limita inferioară de acces la îngrijiri în sectorul adult este definită la 16 ani. Textul din decembrie 1992 sugerează că „este o parte integrantă a misiunii sectoarelor de psihiatrie infanto-juvenilă să răspundă la nevoile de sănătate mintală a adolescenților, oricare ar fi vârsta lor”.

Două treimi din sectoare sunt atașate centrelor spitalicești specializate în psihiatrie. O treime este atașată unor spitale generale.

Ca și pentru psihiatria adultă, sectorizarea este fondată pe cinci principii de organizare (George și Tourne, 1994):

O împărțire teritorială. — Aria geodemografică a sectorului de pedopsihiatrie corespunde la 200 000 de locuitori, respectiv 40-50 000 copii de la 0 la 16 ani. Această populație acoperind trei sectoare de psihiatrie generală (67 000 de locuitori pentru un sector), sectoarele de psihiatrie infanto-juvenilă au fost numite mai întâi „intersectoare”.

* Capitol scris în colaborare cu Dr N. Chateline.

Crearea unei *echipe pluridisciplinare* (pedopsihiatru, psiholog, ortofonist, psihomotrician, psihopedagog, infirmier, educator specializat și asistenți sociali).

Dezvoltarea unui *echipament diversificat*, care asociază structuri publice și private, plasat cât mai aproape de populațiile de deservit: locuri de consultație, spitale de zi, centru de primire cu program parțial, instituții specializate funcționând ca externat, ca internat (cel mai frecvent săptămânal în prezent), sau luare în îngrijire la domiciliu (SSESAD sau servicii de îngrijiri și de educație specială la domiciliu).

Când populația este numeroasă sau când zona geografică este întinsă (zonă rurală), sunt create mai multe echipe ca și mai multe locuri de consultație, aceasta pentru a facilita accesul la îngrijiri.

Circulara din martie 1990 cu privire la orientările în politica de sănătate mintală a fixat un minim de structuri ambulatorii proprii fiecărui sector: cel puțin două centre medico-psihologice pe sector și cel puțin două formule de îngrijiri instituționale cu program parțial sau secvențial.

O integrare în îngrijirile generale:

- fie direct (prezența echipei în secțiile de pediatrie sau în maternitate de exemplu);
- fie indirect (prestarea de consiliere și de formare a medicilor și a ansamblului personalului de îngrijire).

Integrarea în instanțele de concertare pe plan departamental și regional, ca de exemplu Consiliul de Sănătate Mintală.

2. — MISIUNILE PSIHIATRIEI INFANTO-JUVENILE

Rolul sectoarelor de psihiatrie infanto-juvenilă, așa cum a fost descris în circularele din 16 martie 1972 și din 11 decembrie 1992, este prin urmare:

- *să promoveze acțiuni care să evite emergența, dezvoltarea și persistența de afecțiuni mintale* (prevenție primară, secundară și terțiară).

Circulara din decembrie 1992 insistă îndeosebi asupra prevenției primare și necesității de a depista din timp dificultățile psihice ale copiilor și adolescenților, participând activ, la nevoie, la funcționarea structurilor medicale (maternitate, pediatrie, spital general), sociale (creșe, PMI) sau școlare.

Ea propune realizarea unor formule de primire și de îngrijiri adaptate în sânul mediului de viață obișnuit:

- *să asigure o proximitate a serviciilor pe lângă populație* astfel încât să faciliteze accesul la îngrijire;

– *să vegheze la coordonarea dintre actorii de sănătate și cadrele comunității* care intervin în câmpul sănătății mintale.

3. — STRUCTURILE GESTIONATE DE SECTOR

Unele structuri depind direct de intersector; cităm:

- centrele de consultație: centrul medico-psihologic (CMP), centrul de acțiune medico-socială precoce (CAMSP);
- spitalul de zi;
- spitalizarea cu program integral;
- centrul de primire terapeutică cu program parțial (CATPP);
- în sfârșit, alte unități încă puțin dezvoltate: unități mamă-copil, cămin terapeutic pentru adolescenți.

Alte structuri sau instituții pot participa la misiunile intersectorului pentru a completa avantajul posibilităților terapeutice, prin stabilirea unei convenții.

3.1. — CENTRUL MEDICO-PSIHOLOGIC (CMP) ȘI CENTRUL DE ACȚIUNE MEDICO-SOCIALĂ PRECOCE (CAMSP)

Animat de o echipă pluridisciplinară, el este pivotul organizării îngrijirilor: unitate de primire și de coordonare, el organizează acțiuni de prevenție, de diagnostic, de îngrijiri ambulatorii și de intervenții la domiciliu.

Centrul medico-psihologic poate avea antene (stabilite convențional) pe lângă orice instituție care necesită servicii psihiatrice.

În 1993, 2/3 dintre sectoare aveau cel puțin 4 centre medico-psihologice și media era de 5 pe sector. Trebuie totuși să notăm existența unei disparități în echipamente și funcționare, după cum implantarea este urbană sau rurală și după natura spitalului de care este legat (Centru Spitalicesc Specializat sau Centru Spitalicesc General).

Consultația nu se plătește și, deși în principiu pacienții trebuie să aibă o asigurare socială și să fie afiliați la un regim de asigurare de sănătate, această condiție nu împiedică de fapt tratamentul unui copil.

Aceste măsuri au fost luate în scopul de a facilita accesul la asistența medicală al populațiilor numite defavorizate, dar și al anumitor categorii de persoane, cum ar fi adolescenții. Deși ar fi multe de spus asupra validității unor asemenea

3.2. — CENTRUL DE PRIMIRE TERAPEUTICĂ CU PROGRAM PARȚIAL

„Centrul de primire terapeutică cu program parțial oferă, pentru grupuri mici de pacienți, diferite activități, într-un cadru determinat și regulat, cel mai frecvent la CMP sau într-o antenă aproape de domiciliul familiilor“ (circulara din 11 decembrie 1992).

Îngrijirile cu program parțial pot să precadă sau să urmeze (pre sau postură) admiterii în spitalul de zi sau să constituie timpul terapeutic principal (mai ales unitate de seară după școală). Principiul terapeutic este același ca și pentru spitalul de zi dar redus la aproximativ trei ore pe zi, timp de 3, 4 zile pe săptămână. Aceste modalități terapeutice se adresează unor copii capabili să urmeze o școlaritate normală sau aproape normală: nevroză gravă, prepsihoză sau dizarmonie de evoluție cu menținerea investiției școlare etc.

Este o structură ușoară care folosește moduri de funcționare foarte diversificate: asistență de seară, club terapeutic de miercuri sau secvențe în timpul zilei; această formulă suplă oferă de asemenea posibilități de îngrijire apropiate pentru numeroși copii; modulabilă astfel încât să nu determine supracărcarea orarului copiilor, evitând întreruperea frecvenței școlii, ea permite și luarea în seamă a constrângerilor familiale.

Se pot dovedi utile modalități de acțiune foarte diversificate în direcția:

- copiii foarte mici, primiți cu un părinte sau singuri; încă rare, aceste acțiuni pot să reprezinte un atu important ca posibilitate de observare precoce, una dintre modalitățile cu mai mare acceptabilitate (Unități mamă-copil);

- adolescenților: deocamdată există puține experiențe în acest domeniu. Modelul acestui tip fiind creat de R. Diatkine la începutul anilor 1980 cu al său „Club de seară“ care primea, seară de seară, în arondismentul al XIII-lea, din Paris, copii în eșec școlar.

3.3. — SPITALIZAREA CU PROGRAM INTEGRAL

Fiecare intersector trebuie, teoretic, să fie dotat cu paturi de spitalizare cu program integral, dar doar 50% sunt astfel echipate cu adevărat. Spitalizarea cu program integral îi privește mai frecvent pe adolescenți și preadolescenți (începând de la 11-12 ani) decât pe copii propriu-ziși. Pentru aceștia din urmă, indicațiile de spitalizare cu program integral sunt foarte limitate și se însoțesc în general de o întoarcere regulată în familie. Unele cazuri de psihoză infantilă (de tip simbiotic de exemplu) sau de dizarmonie gravă pot să beneficieze de o asemenea

luări în îngrijire, acest sistem poate să permită unor adolescenți să dezvăluie situațiile în care ei sunt în pericol (tratamente rele, incest etc.).

Practica acestor echipe s-a elaborat într-o manieră originală, în interacțiune constantă cu celelalte instituții care asigură îngrijiri (secții de maternitate, de pediatrie), cu învățământul (Educația națională) sau protecția copilului (PMI). Aceasta are drept efect realizarea unui diagnostic mai precoce al tulburărilor. Într-adevăr, dificultățile copiilor și ale familiei lor se exprimă la contactul cu aceste echipe, deoarece în ciuda unor mari progrese în sensibilizarea părinților la dimensiunea psihologică a unor simptome (eșec școlar, instabilitate, enurezis,...), mulți dintre ei rămân foarte reticenți în a lua inițiativa unei consultații.

Reticența publicului în a veni să consulte la sectorul de psihiatrie infanto-juvenilă ține desigur de imaginea specialității, cel puțin așa cum o vehiculează psihiatria generală, dar și mai mult de concurența reprezentată pentru instituțiile pentru copii neadaptate deja implantate (copilărie neadaptată, CMPP, instituții diverse).

Dacă n-a primit „moștenirea azilară“ a psihiatriei generale, psihiatria infanto-juvenilă „a trebuit să-și acorde mijloacele de a exista în articulație cu instituțiile pentru copii neadaptate deja implantate și nu ca o filteră suplimentară“ (George și Tourne, 1994).

De asemenea, decât să deschidă mai multe centre medico-psihologice diferite, unele sectoare au deschis antene în centrele medico-sociale care găzduiesc și permanente cu profil de serviciu social, consultații de protecție maternă și infanțilă (PMI) etc. Dar riscul este atunci ca echipele să se epuizeze pe traseu în loc să se consacre îngrijirilor.

Altele, în loc să dezvolte structuri sectoriale, au privilegiat colaborarea cu instituțiile medico-sociale (IME, CMPP, CAMSP). Astfel, grație unei munci de coordonare, echipa realizează, cu ceilalți parteneri, un dispozitiv de integrare școlară cu un proiect personalizat pentru fiecare copil, care beneficiază de structuri adaptate, împrumutate de la cele trei rețele (Educația națională, sectorul pedopsihiatric, instituțiile medico-sociale).

În ansamblu, CMP-ul este instituția de îngrijire cea mai utilizată în materie de psihiatrie infanto-juvenilă.

Mai recent au fost constituite, pentru copiii foarte mici (de la 0 la 6 ani), centre de acțiune medico-socială precoce (CAMSP); unele sunt direct legate de intersector, altele au o funcționare asociativă și sunt frecvent specializate într-un tip de patologie (deficiență senzorială, motorie, anomalii genetice etc.).

CAMSP și CMP au o funcționare similară.

îngrijire frecvent mai bine acceptată de familie, mai ales de mamă, decât un plasament într-o familie de primire terapeutică. Într-adevăr, aceasta din urmă poate fi resimțită ca o amenințare pentru legătura mamă-copil, plasând copilul într-un conflict de fidelitate (între mamă și asistenta maternală) mai mult nefast decât benefic. Majoritatea indicațiilor de separare de mediul familial răspund la o necesitate de protecție a copilului care este atunci orientat după vârsta și patologia sa într-o instituție de îngrijire (v. cap. 29, 6.1.) sau într-o familie de primire terapeutică (v. cap. 29, 6.2.).

3.4. — SPITALUL DE ZI

Este o structură de îngrijire cu care sunt prevăzute cvasi-totalitatea intersecțiilor (v. funcționare și indicații, cap. 29, 6.1.).

3.5. — FAMILIA DE PRIMIRE TERAPEUTICĂ

31% dintre intersecțiile au în subordine o asemenea unitate de îngrijire (v. cap. 29, 6.2.).

3.6. — ALTE STRUCTURI

Câteva intersecții s-au dotat cu structuri de îngrijire specifice într-un domeniu sau altul. Ca exemplu să cităm:

Unitățile mamă-copil. — În Franța, contrar țărilor anglo-saxone, aceste unități sunt în general în subordinea sectoarelor de psihiatrie infanto-juvenilă (și nu în cea a psihiatriei generale). Există o duzină de unități mamă-copil, în general de dimensiune mică (între 3 și 6 paturi pentru un număr echivalent de leagăne). Sunt primite aici mamele care prezintă patologii variabile, dar frecvent în legătură cu o depresie perinatală (psihoză puerperală, decompensare nevrotică, mamă abandonică, mamă minoră, toxicomană etc.).

O atenție cu totul deosebită este acordată calității interacțiunilor mamă-copil. Pedopsihiatriul și colaboratorii săi (psihologi, asistenți medicali și sociali) evaluează capacitățile materne în a stabili legături satisfăcătoare cu copilul său sau, în lipsa lor, o ajută pe mamă să accepte ideea de a trebui să-și încredințeze copilul pentru un timp variabil unei terțe persoane (asistență maternală, creșă). Durata de spitalizare în aceste unități este în medie de 2-3 luni.

Căminele terapeutice pentru adolescenți. — Când separarea de mediul familial apare ca fiind necesară în timp ce menținerea în mediul școlar pare benefică, iar asistența medicală rămâne indispensabilă, căminul terapeutic este o formulă interesantă pentru unii adolescenți cu care ar putea fi întreprins un travaliu de terapie instituțională.

În aceste cămine terapeutice, adolescentul își urmează școlaritatea și, seara, participă la diverse activități terapeutice (grup terapeutic, psihoterapie individuală, psihodramă psihanalitică, susținere pedagogică etc.).

În timpul week-end-urilor sau al vacanțelor sunt propuse activități de grup în cursul cărora sprijinirea pe grupul celor de o vârstă și relațiile cu adulții care îi îngrijesc constituie pârghia terapeutică a unei reluări a travaliului de „separare” caracteristic pentru această vârstă.

Există în Franța zece cămine terapeutice conduse direct de sectoarele de psihiatrie infanto-juvenilă.

4. — PEDOPSIHIATRIA DE LEGĂTURĂ

Pedopsihiatria de legătură este din ce în ce mai frecvent efectuată de echipe psihiatrice de sector care au stabilit convenții cu unitățile de îngrijiri somatice. Această muncă are dublul interes, pe de-o parte, de a lua în seamă interacțiunile psiho-soma în apariția sau în evoluția bolii, pe de altă parte, de a perfecționa cunoașterea anumitor patologii și a repercutiunilor lor asupra dezvoltării individului.

Aceste intervenții s-au înmulțit în ultimii ani și privesc, pe lângă secțiile de pediatrie generală, secții din ce în ce mai specializate. În unele cazuri, aceste secții au solicitat prin contract colaborarea unor cadre cu statut temporar (psihiatri, psihologi, psihanalisti), iar în alte cazuri sunt solicitate echipele de intersector.

4.1. — ÎN SECȚIILE DE PEDIATRIE GENERALĂ

Inaugurată de apelul la psihiatrie pentru unele patologii (tentative de suicid, anorexie mentală), colaborarea pediatrie-pedopsihiatrie cunoaște din anii '80 o dezvoltare importantă, chiar dacă bazele acestei colaborări nu sunt lipsite de ambiguitate.

Într-adevăr, „dacă așteptarea echipei de îngrijire este de a face partea psihicului și fizicului astfel încât să faciliteze eficiența echipei într-o situație critică, realitatea se limitează, de fapt, la întâlnirea a două discursuri” (D. Brun, 1993).

Intenția pediatriei este în principal subînținsă de o logică a eficacității: să facă să dispară boala în cel mai bun caz, simptomul cel puțin; psihiatrul, psihanalistul, pe partea lor, sunt mai întâi purtători ai unei logici a sensului: dezvoltarea progresivă a semnificației preconștiente și/sau inconștiente a unei conduite, a unui simptom care se înscrie într-o legătură interacțională și transgenerațională.

În practică, intervenția pedopsihiatriei a fost mai întâi solicitată în caz de impas terapeutic între pediatru, micul său pacient și părinții săi. Ulterior, pediatrii solicită pedopsihiatrul când percep existența posibilă a unei componente psihopatologice în diverse situații (patologie somatică repetată în sfera ORL, de exemplu, tulburări ale comportamentului alimentar, de somn etc.).

4.2. — ÎN SECȚIILE DE PEDIATRIE SPECIALIZATĂ

Progresele pediatriei impun din ce în ce mai mult copiilor constrângeri de viață și de îngrijire care cântăresc greu asupra echilibrului lor psihic și asupra posibilităților lor de dezvoltare.

În secțiile foarte specializate (oncologie pediatrică, imunologie, grefe de organe, reanimare neonatală și infantilă etc.), intervenția unor psihologi, psihiatri, psihanalizi devine una dintre componentele esențiale ale strategiei terapeutice globale.

„Psi-ul“ este solicitat fie pentru a ajuta copilul să tolereze constrângerile impuse de îngrijiri, fie și mai mult pentru a-i permite să găsească un sens în lipsa de sens a bolii, fie pentru a-i susține pe părinți.

4.3. — ÎN MATERINITATE, SECȚII DE NEONATOLOGIE

Urcând tot mai mult în amonte către originea tulburărilor, echipele de pedopsihiatrie intervin frecvent în maternitate și în secțiile de neonatologie.

Ele participă atunci la reperarea situațiilor cu risc (mame minore, patologie psihosocială, mamă carentată sau abandonică etc.), a stărilor patologice (depresie în cursul sarcinii, patologie psihiatrică, deficitară...).

Încă de la nașterea copilului, pedopsihiatrul poate interveni pentru a evalua calitatea interacțiunilor precoce și riscurile potențiale de suferință atât pentru mamă cât și pentru copil.

La modul ideal, aceste intervenții sunt preluate de o rețea de asistență care depinde fie de sectorul de psihiatrie infanto-juvenilă însuși (CAMSP, unitate

mamă-copil, familie de primire terapeutică), fie de structurile ajutorului social pentru copii (v. mai jos).

BIBLIOGRAFIE

- ANZIEU D.: *Le psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescent*, PUF, 1979, Paris.
- ANZIEU D.: *Le groupe et l'inconscient*, Dunod, 1985, Paris.
- BARANDE I., BOURDIER P., DAYMAS-LUGASSY S.: *Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent*, EMC, Paris, 1970, *Psychiatrie*, 37818 A. 10.
- BARBIER D.: *Guide de l'intervention en santé mentale*, Privat, Toulouse, 1993.
- BERGER M.: *Les séparations à but thérapeutique*. 1 Vol. Privat, Toulouse, 1992.
- BERGES J., BOUNES M.: *La relaxation thérapeutique chez l'enfant*, Masson, Paris, 1979, 1 vol.
- BOLLAND J., SANDLER J.: *Psychanalyse d'un enfant de deux ans*, PUF, Paris, 1973.
- BRUN D. (sous la direction de): *Pédiatrie et psychanalyse*. 1 Vol. PAU, Paris, 1993.
- CHAPELIER J.B., AVRON O., PRIVAT P.: *Groupes: un ou deux psychothérapeutes. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1985, 1-2, 85-101.
- CHILAND C.: *L'enfant de six ans et son avenir*, PUF, Paris, 1973, 1 vol.
- DIATKINE R., SIMON J.: *La psychanalyse précoce*, PUF, Paris, 1972.
- DIATKINE R.: *Propos d'un psychanalyste sur les psychothérapies d'enfants. Psychiatrie enfant*, 1982, 25, 1, 151-177.
- DUCHÉ D.J.: *Histoire de la psychiatrie de l'enfant*, PUF ed, Paris, 1990, 1 vol.
- GEORGE M. Cl., TOURNE Y.: *Le secteur psychiatrique*, PUF éd. „Que sais-je“, Paris, 1994.
- HAAG G.: *Les petits groupes analytiques d'enfants autistes et psychotiques. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1987, 7-8, 73-87.
- HAAG G.: *Aspect du transfert concernant l'introjection de l'enveloppe en situation analytique individuelle et groupale. Gruppo*, 1988, 4, 71-86.
- HAAG G. et UKWAND S.: *Entre objet partiel et objet total. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1993, 20, 75-85.
- JAQUES E.: *Des systèmes sociaux comme défenses contre l'anxiété dépressive et l'anxiété de persécution. In: LEVI A., Textes fondamentaux de la psychologie sociale*, Dunod éd., Paris, 1978, 546-565.
- LANG J.L.: *Histoire et mémoires des hôpitaux de jour. In: Les traitements des*

- psychoses de l'enfant et de l'adolescent*. Soulé M., Golse B. (sous la direction de), Bayard éd., coll. Paidos, 1992, 259-289.
- LEBOVICI S., DIATKINE R.: Le concept de normalité et son utilité dans la définition du risque psychiatrique. In: ANTHONY E.J., CHILAND C., KOUFERNIK C.: *L'enfant à haut risque psychiatrique*. PUF, Paris, 1980, 29-43.
- LEBOVICI S.: A propos des thérapeutiques de la famille. *Psychiatrie enfant*, 1981, 24, 2, p. 541-583.
- MALE P., DOUMIC-GIRARD A., BENHAMOU F., SCHOTT M.C.: *Psychothérapies du premier âge*. PUF, Paris, 1975.
- MAZIADÉ M.: Les bases théoriques de la thérapie familiale. *Neuropsych. de l'enf. et ado.*, 1980, 28 (6), 253-258.
- MISES R., BAILLY-SALIN H.J., BREON S., FEDER F., FORTABAT J.L., GILBERT E.: *La cure en institution: l'enfant, l'équipe, la famille*. ESF, Paris, 1980, 1 vol.
- NUMERO SPECIAL: Hôpital de jour et structure à temps partiel, *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1988, 8-9, 299-378.
- PETITJEAN F., DUBRET G., TABEZE J.P.: *Psychiatrie à l'hôpital général*. Erès éd., Toulouse, 1993.
- PRIVAT P.: L'enfant, l'objet et le groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1993, 20, 51-60.
- PRIVAT P. et coll.: *Les psychothérapies de groupe d'enfants au regard de la psychanalyse*. Clancier-Guenaud, 1989, Paris.
- PRIVAT P., CHAPELIER J.B.: De la constitution d'un espace thérapeutique groupal. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1987, 7-8, 7-28.
- RAYNAUD M., LOPEZ A.: *Evaluation et organisation des soins en psychiatrie*. Frison-Roche éd., Paris, 1994.
- ROUSSILLON R.: *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. PUF, 1991, Paris.
- SELVINI-PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G., PRATA G.: *Paradoxe et contre-paradoxe*. ESF, Paris, 1980.
- SIKSOU J.: Enrichissements mutuels et restauration narcissique en groupe de mères avec bébés. In: PROVAT P. et coll., *Les psychothérapies de groupe d'enfants au regard de la psychanalyse*. p. 174-189. Clancier-Guenaud, 1989, Paris.
- SIMON P.: *Pharmacologie et psychiatrie de l'enfant*. *Psy. enf.*, 1978, 21 (1), 319-325.
- SLAVSON S.R.: *Psychothérapie analytique de groupe*. PUF, 1953, Paris.
- TESTEMALE G., CHAPELIER J.B.: Groupes thérapeutiques et institutions soignantes. *Bulletin de Psychologie*, décembre 1983, 37, 145, 195-204.
- URWAND S. et HAAG G.: Premières identifications et enveloppe groupale. *Dialogue*, 1993, 120, 63-75.

WIDLOCHER D.: *Thérapeutiques en pédopsychiatrie*. EMC, Paris, 1970. *Pédiatrie* 4101 S. 10.

WIDLOCHER D.: *Le psychodrame chez l'enfant*. PUF, Paris, col. Paidéia, 1979.

WIDLOCHER D.: Genèse et changement. Al 40-lea congres al psihanaliztilor de limbă franceză. Barcelona, mai 1980, PUF, Paris, 1980.

WINNICOTT D.W.: *La consultation thérapeutique de l'enfant*. Gallimard, Paris, 1971.

1. — SENSUL SIMPTOMULUI

Reperarea conduitei simptomatice este de obicei ușoară: părinții, profesorul, copilul însuși uneori, o pun înainte. Totuși, nu rareori există deja un decalaj să între ceea ce este motiv al demersului parental și ceea ce consultantul consideră drept îngrijorător. Poate apărea o instabilitate secundară, alături de inhibiția relațională care o însoțește: doar prima conduită a provocat consultația, în timp ce pedopsihiatria se ocupă mai mult de cea de-a doua.

Totuși, trebuie și să precizăm importanța cantitativă a conduitelor simptomatice, gradul răsunetului lor asupra celorlalte sectoare de activitate a copilului. Așa cum precizează A. Freud, dacă linia de dezvoltare incriminată este blocată în evoluția sa, acest blocaj împiedică el oare dezvoltarea celorlalte linii? Se observă atunci un retard, o dizarmonie sau o simplă variație de la normal? E important și să știm dacă există perturbări în celelalte linii, gradul de legătură dintre această perturbare și simptomul principal.

1.1. — FUNCȚIA CONDUITEI SIMPTOMATICE

Ea depinde de gradul de interiorizare a conflictului. A evalua această funcție revine la a aprecia locul unde își are sediul cu adevărat originea simptomului. Se pot distinge astfel:

- manifestări de neadekvare între copil și exigențele exterioare: sunt conflicte externe datorate unor presiuni neadekvate ale mediului, fie pentru că ele sunt în discordanță cu nivelul maturativ atins de copil, fie pentru că ele ating o intensitate excesivă sau insuficientă (conflict extern al lui A. Freud și Nagera);
- manifestări datorate unui conflict natural, inerent dezvoltării copilului însuși, conflict tranzitoriu, frecvent spontan regresiv, dar care prin natura sa poate să intre în rezonanță cu un conflict extern și amenință astfel să dureze;
- manifestări care dovedesc un conflict intern real unde simptomul capătă aici, ca și la adult, semnificația unui compromis dar care, în plus, prin singura sa prezență poate să afecteze dezvoltarea;
- manifestări care ar putea fi numite „sechelaré”: conduite care într-un stadiu precedent au fost expresia unui anumit conflict, dar care au pierdut acest prim sens când nivelul conflictual a fost depășit grație maturizării. În unele cazuri ele persistă sub formă de obișnuință sau de trăsătură de comportament, sunt integrate și sintonice cu Eul copilului, sunt recunoscute și acceptate de familie. Nu este rar ca aceste conduite să servească atunci de punct de fixare pentru expresia oricărui nou conflict și devin astfel mult supradeterminate.

28 CEREREA DE ASISTENȚĂ ȘI CONSULTAȚIILE TERAPEUTICE

Și mai mult decât în patologia mintală a adultului, în abordarea dificultăților psihologice ale copilului este dificil să separăm ceea ce ține de un demers de investigare, de analiză a conduitelor în dimensiunile lor sincronice (punct de vedere structural) și diacronice (punct de vedere genetic), de ceea ce ține de un demers terapeutic sau de premisele sale: în timp ce părinții evocă în fața clinicianului istoria copilului lor ei pot, grație pertinentei eventualelor sale remarci, să dobândească conștiința istoriei individuale și familiale a unui simptom.

De asemenea, copilul, cu atât mai mult cu cât este mic, nu-și povestește dificultățile în manieră obiectivă, cum poate să o facă un adult: clinicianul este prins de la început într-un proces transferențial a cărui particularitate în raport cu transferul adultului este de a se situa în actualitatea imaginilor parentale: această actualitate a transferului a fost de altfel la originea dezbaterii pasionate dintre A. Freud și M. Klein asupra posibilității și modalităților de început ale psihanalizei aplicate la copiii mici (v. cap. 29, 2.1.).

Astfel, la copil sunt strâns legate planurile diagnosticului, ale evaluării psihodinamice și ale alegerii terapeutice. Demersul diagnostic în accepțiunea sa medicală tradițională se referă la culegerea conduitelor simptomatice, la regruparea lor în sindroame și la clasificarea lor nosografică: am avut de mai multe ori ocazia să vedem că era întotdeauna necesar să ținem cont de factorul timp pentru a judeca validitatea anumitor categorii, deci de a aduce o clarificare genetică.

Evaluarea psihodinamică retrimite la problema structurii psihice și a liniilor maturative de dezvoltare. Ea încearcă, în plus, să aprecieze gradul de legătură dintre diversele conduite observate (organizare foarte coercitivă sau, dimpotrivă, fluidă) și importanța sectoarelor de activitate psihică păstrate. În funcție de aceste date, alegerea unei terapii este posibilă, dar această alegere implică și evaluarea capacităților de mobilizare ale copilului și ale mediului său extern, adică o atitudine care este deja de domeniul unui tratament.

În ansamblu deci, înainte de a lua o decizie, este de dorit să evaluăm succesiv locul simptomului, locul suferinței, nivelul cererii.

1.2. — LOCUL SUFERINTEI

Este rar ca însuși copilul să exprime o stare de suferință psihologică, cu excepția cazului unor manifestări specifice cum ar fi crizele de anxietate sau unele fobii. În marea majoritate a cazurilor, copilul, oricare ar fi gravitatea aparentă a conduitei sale patologice, nu suferă din cauza lor. Nu trebuie să credem totuși că suferința psihologică nu există, ci doar că nu este cel mai bun indice, nici de gravitate patologică, nici de motivare a tratamentului la un copil.

În schimb, suferința există întotdeauna în anturajul copilului: la părinți, la școală. Tonuși gradul și calitatea acestei suferințe sunt foarte variabile de la un caz la altul. Această analiză ar determina în mare parte indicațiile terapeutice. Ea reprezintă, exprimată în termeni diferiți, ceea ce numim „cererea terapeutică”, natura sa, originea sa.

Suferința părinților în fața dificultăților copilului lor poate să traducă empatia lor profundă pentru el: unii părinți resimt cu acuitate aceste dificultăți, doresc să-și ajute copilul cu toate posibilitățile lor. Această suferință care reprezintă o capacitate de identificare cu copilul, cu situația sa, va da părinților motivația necesară și le va permite să-l însoțească în demersul său terapeutic.

Suferința parentală, în alte cazuri, rezultă înainte de toate din propria lor rană datorată imaginii devalorizante pe care le-o trimite copilul: eșecul acestuia din urmă în comparație cu copiii de aceeași vârstă, conduitele sale deviate pot să fie resimțite ca tot atâtea rani narcisice la părinți, mai ales când patologia sa intră în rezonanță cu propriile conflicte narcisice sau infantile ale acestora. Aceste cazuri răspund în parte la ceea ce este prea frecvent denunțat ca „copilul-simptom al părinților”, termen care pune cert în valoare nivelul patologic parental, dar care uită prea mult că un simptom constituit reprezintă apoi un punct de fixație patogen, activ atâta timp cât persistă.

În sfârșit suferința parentală poate să reflecte simplu reacția: unii părinți par mai preocupați de propriul confort și vor înainte de toate să fie „debarasați” de o conduită a copilului lor care îi jenează, îi inoportunează. Ei nu caută să-l înțeleagă pe copil și, în maniera lor, externalizează conflictul (sunt de vină sistemul nervos, glandele copilului, sau școala, societatea...). Conduitele simptomatice ale copilului nu sunt adesea decât traducerea unei dorințe de relație cu părinții săi sau a unei renunțări abandonice la aceeași relație.

În unele cazuri părinții vin la consultație fără nici o motivație sau suferință personală, la sfaturile sau la constrângerea unui terț. Această absență a suferinței are origini diverse. Uneori părinții nu par să perceapă natura manifestărilor simptomatice ale copilului lor. În cazurile cele mai pozitive, aceasta se bazează pe un exces de identificare cu copilul ale cărui conduite patologice sunt identice

cu cele din copilăria părinților: „și eu eram timid”, sau „și eu eram fricos”. Astfel fetele fobice au frecvent mame fobice care acceptă și întrețin fobia fetei lor. Acest exces de empatie și această acceptare familială a simptomului fac ca acesta să fie total sintonic cu Eul copilului și cu dinamica familială. În cazurile cele mai puțin pozitive, această absență a recunoașterii și a suferinței parentale traduce în realitate absența percepției copilului în autonomia și individualitatea sa. Copilul este inclus într-o relație fuzională sau este doar ignorat în realitatea sa psihică individuală.

Suferința mediului extern nu poate fi de asemenea ignorată de către consultant. Suferința este considerată aici în sensul său cel mai general ca o stare de rău suscitată de comportamentul copilului. Din acest punct de vedere „suferința” legată de școală este frecvent pe primul plan: dincolo de echilibrul și dezvoltarea individului, ea face să intervină problema normei sociale. Cererea unor profesori poate, în oglindă cu cea a părinților, să reflecte o preocupare sinceră și profundă în fața dificultăților școlare, dar și relaționale ale unui copil. Totuși cererea se reduce frecvent la o nevoie de a vedea copilul conformându-se la normele sociale, educative, culturale sau încă și mai mult, „de a nu perturba clasa”. Calitatea cererii de consultație făcută de școală influențează natura cererii parentale și trebuie de asemenea analizată prin reuniuni cu profesorii sub rezerva acordului părinților.

Dincolo de școală, suferința poate să provină din grupul social în sens larg: bunici, mătușă sau unchi, vecini, sau profesioniști (asistenți sociali) care toți pot să-i împingă pe părinți să consulte. Această motivație externă reprezintă totuși un indiciu bun al interacțiunilor sociale ale familiei consultante.

1.3. — CAPACITĂȚILE DE SCHIMBARE

Și ele trebuie evaluate. Nu este vorba aici de a aprecia capacitățile de schimbare structurală, ci, mai simplu, de a aprecia posibilitățile de a modifica, chiar ușor, interacțiunile familiale cele mai deviate sau cele mai patologice: deși aceasta se întâmplă uneori, este rar ca pedopsihiatri să fie consultați rapid încă de la apariția unei conduite considerate deviate. Când intervine, numeroase reamenajări defensive s-au organizat cu o serie întreagă de beneficii secundare (reînțărirea unei legături mamă-copil infantile și regresive, stabilirea unei relații privilegiate cu darea la o parte a fratrii, instalarea într-o conduită de eșec cu atitudine de prestanță etc.) la care țin ferm atât copilul cât și familia, și uneori chiar școala. Trebuie apreciat gradul de mobilizare, ușurința de schimbare sau, dimpotrivă, rezistența la orice schimbare în modalitățile de interacțiune familiale și/sau sociale

care înconjoară simptomul. Nu este excepțional ca un simptom să persiste doar în funcție de aceste reevaluări secundare, în timp ce sensul primar și inițial a dispărut complet.

Evaluarea acestor interacțiuni familiale face necesară întâlnirea grupului familial (copil, tată, mamă și uneori chiar frăție, bunici) înaintea oricărei decizii terapeutice.

1.4. — SENSUL CONDUITEI SIMPTOMATICE

Trebuie să fie în sfârșit căutat, nu doar în evoluția psihogenetică a copilului însuși, ci și în locul pe care acest copil vine să-l ocupe încă înainte de nașterea sa în sânul dinamicii familiale, și chiar dinainte de conceperea sa în avaturile arborilor genealogici parentali. Când terapeutul găsește sensul genetic și istoric al simptomului, el înțelege mai bine dinamica familială și rezistențele care se opun oricărei schimbări. Totuși, nu credem, experiența o dovedește din plin, că este suficient să dezvăluim sensul preconstient sau inconștient al unei conduite simptomatice a copilului pentru a o vedea dispărând. Remarci ca „simptomul nu înseamnă nimic, doar istoria care l-a precedat și maniera în care ea este raportată au un sens” ni se pare că dovedesc o neînțelegere a statutului simptomului la copil: într-adevăr, cum am mai spus, conduita psihopatologică crează întotdeauna prin ea însăși un punct de fixație patogen, sursă de distorsiune potențială în raport cu mișcarea maturativă.

În cursul investigației prealabile deciziei terapeutice, căutarea sensului simptomului pare de aceea secundară în raport cu punctele care au fost luate în considerare înainte. În schimb, în cursul însuși al terapiei căutarea semnificației diacronice (sensul simptomului de-a lungul istoriei familiei și genezei copilului) și sincronice (sensul simptomului în funcționarea psihică actuală) a conduitei actualizate în interacțiunea cu terapeutul reprezintă esența însăși a procesului terapeutic.

2. — NIVELUL RĂSPUNSULUI

În practică, investigația precedentă nu se poate efectua în totalitate în timpul primei întâlniri. În general este necesar să ai trei sau patru întâlniri cu copilul, dintre care cel puțin două cu părinții (la prima discuție rareori întâlnești mai mult de un părinte, de obicei mama). Nu vom evoca aici tehnica de investigare (dialog, jocuri, desene, marionete, plastilină, etc.; v. cap. 3, 1.2.).

În ceea ce privește modalitățile de abordare, unii clinicieni preferă să-i asculte mai întâi pe părinți, alții pe copil. Sunt unii care-i primesc pe părinți fără copil, alții care nu-i văd pe părinți decât în prezența copilului. Nu este nici de dorit, nici posibil să formalizăm prea mult tehnicile întâlnirilor inițiale a căror derulare constituie de altfel o prefigurare pe scurt a eventualei derulări ulterioare a terapiei.

Oricum ar fi, aceste întâlniri prealabile de investigație permit judecarea naturii dificultăților, a locului și intensității suferinței, a nivelului exact al cererii, a capacității de modificare a interacțiunilor patologice, dar și a gradului de motivație a copilului, și mai ales al părinților, a capacității lor de reflecție și de reelaborare între întâlniri a ceea ce s-a spus, a toleranței lor la o anumită frustrare și la o necesară lăentoare a oricărui travaliu psihodinamic: astfel, anumite familii, sub presiunea unor persoane externe (profesor, asistentă socială), adresează cereri de consultații urgente cărora nu li se dă nici o urmare deoarece răspunsul și eficacitatea terapeutică nu se prezintă la fel de imediat.

La sfârșitul acestor întâlniri de evaluare, eventual ajutați de investigații mai specifice în anumite sectoare (evaluare psihomotorie sau ortofonică, teste psihologice de nivel sau de personalitate, evaluare piagetiană a funcționării cognitive, bilanț al achizițiilor școlare, investigații organice particulare: auz, EEG etc.), sinteza acestor informații dispartate permite o primă ipoteză de diagnostic asociată cu o reflecție asupra posibilităților terapeutice.

Atunci, pentru echipa terapeutică tentația de a se pune în poziția de instanță de decizie atotputernică și de a neglija mai mult sau mai puțin diversele constrângeri care se opun acestei decizii (constrângeri materiale, sociale, rezistențe psihice etc.) este mare. Totuși, munca pedopsihiatruului se referă întotdeauna la conflicte, fie că este vorba de un conflict intern intra-individual, de un conflict familial interindividual sau de un conflict social intergrup. Același pedopsihiatru trebuie deci să știe că orice demers terapeutic nu poate fi decât un compromis conflictual între ceea ce ar fi ideal și ceea ce este posibil. Astfel, înainte de a lua o decizie terapeutică, este necesară o reflecție atentă asupra cazului acestui copil anume, a familiei sale și a contextului său social, reflecție care își dă drept obiectiv să precizeze:

- ceea ce ar fi ideal;
- limita dincolo de care orice acțiune terapeutică e nulă și neavenită;
- ceea ce este în sfârșit posibil.

În alți termeni, pe plan terapeutic, e important să evaluezi idealul, indispensabilul și posibilul. Când posibilul se situează între indispensabil și ideal, nu există o problemă majoră, rolul întâlnirilor de investigație constă de altfel în doar într-o evaluare semiologică și psihodinamică, dar și în a face astfel încât posibilul să se apropie de ideal și să se îndepărteze de indispensabil. Este în parte ceea ce numeroși asistenți sociali numesc „pregătirea parentală” la abordarea terapeutică.

Imposibilitatea de a alege abordarea terapeutică ce ar părea a fi cea mai apropiată unui caz particular ține de factori multipli. Unii sunt independenți de buna-credință a copilului, părinților sau terapeutilui: de exemplu, lipsa unei distanțe rezonabile de un spital de zi, mediu extern social foarte defavorabil. Alții depind de rezistențe specifice: refuzul părinților pentru o abordare altă decât strict simptomatică, context puțin propice temporar: de exemplu, dificultatea oricărei abordări psihoterapeutice la sfârșitul perioadei de latență (11-13 ani).

Indispensabilul reprezintă nivelul sub care acțiunile zise terapeutice nu au alte roluri decât să servească de cauză copilului sau familiei sale pentru ca nimic să nu se schimbe. Aceasta riscă să ducă la acele „luări în îngrijire interminabile” sau la acele „reeducări pe viață”, în care copii și terapeuți se plictisesc ... de moarte, pentru că orice proces vital a secat deoarece esențialul nu poate fi spus sau măcar abordat.

Una dintre chestiunile cele mai delicate privește evident cazurile în care posibilul se situează sub limita indispensabilului. Această situație se observă fie pentru că interacțiunile familiale sunt atât de patologice și fixate încât orice modificare într-un interval rezonabil este exclusă, fie pentru că copilul și/sau familia sunt deschis ostile la orice propuneri terapeutice care le sunt făcute. Trebuie atunci să luăm în considerare soluții care fac să intervină fie o separare familială (plasament instituțional sau familial), fie o măsură mai mult sau mai puțin coercitivă (măsură educativă în mediu deschis: EMO).

3. — CONSULTAȚIA TERAPEUTICĂ

Înainte de a alege terapeuții pe termen lung, Winnicott a pus în valoare într-un mod foarte fericit importanța pe care ar putea să o prezinte primele întâlniri cu copilul: este ceea ce el a numit „consultația terapeutică”. În cursul acesteia, munca consultantului constă înainte de orice în a permite stabilirea unui climat favorabil, grație căruia copilul și consultantul ar putea să se întâlnească într-un schimb relațional. Acest schimb relațional permite copilului să se descopere și să-și exprime spontan dificultățile.

Winnicott insistă asupra refuzului de a folosi orice dogmatică și orice tehnică rigidă: persoana consultantului trebuie să fie complet disponibilă pentru a sesiza ceea ce se întâmplă. Jocul „squirrelle” (jocul mîzgălelii) nu este altceva decât această disponibilitate și această potențialitate de surpriză mutuală. Pe rând, consultantul și copilul schițează pe o foaie de hârtie un *squiggle* plecând de la care celălalt trebuie să „inventeze” o formă semnificativă. Plecând de aici copilul poate să-și exprime dificultățile: „este aproape ca și cum *prin desene copilul ar*

merge alături de mine și, până la un anumit punct, ar participa la descrierea cazului”.

Această capacitate de a se căuta și de a se descoperi provine de la ecoul retrimis de consultant pornind de la așteptările și speranțele copilului și ale familiei sale. „*Cele mai bune indicații sunt cele ale copiilor ai căror părinți mi-au acordat încrederea lor înainte de întâlnire*”. „A stabili o comunicare” constituie obiectivul principal al acestor consultații terapeutice ale căror efecte ar putea fi prelungite dincolo de spațiul consultației însăși și ar putea fi reluate de către părinți: „*schimbările apărute în comportamentul copilului ar putea fi utilizate de părinți*”.

Totuși, Winnicott subliniază limitele acestor consultații terapeutice. Pe lângă motivația parentală, aceste consultații nu aduc nici o binefacere „*dacă copilul regăsește o familie anormală sau o situație socială anormală*” (subliniat de Winnicott). La fel, când consultantul presimte existența mai multor probleme (supradeterminarea unei conduite), este necesară o abordare terapeutică mai în profunzime.

În eventualitățile favorabile, aceste „consultații terapeutice” reprezintă echivalentul întâlnirilor de investigare preconizate la începutul acestui capitol. Într-un procent non-neglijabil de cazuri, aceste întâlniri permit copilului și familiei sale să descopere sensul unei conduite, să amenejeze un spațiu relațional mai puțin perturbat și apoi să reia un comportament normal.

Totuși când fixațiile patologice sunt vechi, când simptomul este supradeterminat sau când dinamica familială apare complexă și difuză, este necesar să angajezi acțiuni terapeutice pe termen mai lung, punându-se atunci problema alegerii terapeutice.

BIBLIOGRAFIE

- CHILAND C.: *L'enfant de six ans et son avenir*. PUF éd., Paris, 1973, 1 vol.
 DIATKINE R., SIMON J.: *La psychanalyse précoce*. PUF éd., Paris, 1972.
 DIATKINE R.: *Propos d'un psychanalyste sur les psychothérapies d'enfants*. *Psychiatrie de l'Enfant*, 1982, 25, 1, 151-177.
 LEBOVICI S., DIATKINE R.: Le concept de normalité et son utilité dans la définition du risque psychiatrique. In: ANTHONY E.J., CHILAND C., KOUPEKNIK C.: *L'enfant à haut risque psychiatrique*. PUF éd., Paris, 1980, 29-43.
 WIDLOCHER D.: *Thérapeutique en pédopsychiatrie*. EMC Paris, 1970, Pédiatrie, 4101, S.10.
 WIDLOCHER D.: *Genèse et changement. Al 40-lea congres al psihanalizatorilor de limbă franceză*. Barcelona, mai 1980, PUF, Paris, 1980.
 WINNICOTT D.W.: *La consultation thérapeutique de l'enfant*. Ed. Gallimard, Paris, 1971.

1. — TERAPIILE SIMPTOMATICE

Regupăm aici diversele terapii care au drept obiectiv imediat reducerea unei conduite considerată deviantă, atingând în general o funcție instrumentală, prin intermediul a diverse tehnici centrate pe relația dintre terapeut și copil, dar fără ca natura legăturii relaționale să fie explicitată. În termenii tehnicii psihanalitice, aceasta înseamnă că transferul și contra-transferul nu sunt abordate. În schimb, relația care se stabilește între cei doi protagoniști rămâne întotdeauna, *in fine*, oricare ar fi tehnicile particulare luate în considerare, veritabilul motor al progreselor. Aceasta înseamnă că personalitatea reeducatorului, capacitatea sa de a se adapta la un copil sau altul, empatia sa, susținerea sa călduroasă, joacă aici un rol fundamental. Nu există terapie de reeducare care să poată avea un rezultat bun într-un climat de constrângere, de opoziție sau de răceală tehnică.

Intervenția centrată pe conduita simptomatică nu trebuie neglijată la copil din cauza rolului potențial patogen al acesteia (v. cap. 28, I.1.). Abordarea terapeutică a simptomului este indicată atunci când acest simptom pare relativ izolat, fără semne de suferință nevrotică sau psihotică asociate; când el afectează una dintre marile funcții instrumentale a cărei distorsiune ar suscita inevitabil noi tulburări ale acestei funcții și totodată ale ansamblului personalității; sau când apare ca un fel de sechelă comportamentală, adevărată urmă ontogenică a unui nivel de maturare actualmente depășit. Aceeași abordare terapeutică este utilă când simptomul, prin caracterul sau prin intensitatea sa, pare să afecteze dezvoltarea celorlaltor linii de maturare sau când abordarea sa psihoterapeutică se dovedește deosebit de dificilă (unele dispraxii). În sfârșit, trebuie uneori să te limitezi la această modalitate de tratament și să renunți la o psihoterapie când mediul pare fie ostil, fie nemotivat, fie chiar incapabil să însoțească copilul în elaborarea sa psihologică.

Astfel, aceste terapii centrate pe conduită urmăresc întotdeauna o dublă finalitate: să acționeze pe tulburarea instrumentală și să permită reluarea unei dezvoltări armonioase a funcției, să suprimе sau cel puțin să atenueze efectul acestei tulburări asupra ansamblului personalității. **Durata** lor trebuie să facă obiectul unei reevaluări regulate: în aceste condiții corect definite, o terapie centrată pe simptom durează câteva luni, cel mult un an școlar. Când efectele benefice nu apar, alegerea indicației trebuie rediscutată. În general, problemele de structură psihopatologică sau de organizare patologică familială explică această rezistență și justifică un alt tip de abordare.

29 ALEGERILE TERAPEUTICE

Alegerile terapeutice în pedopsihiatrie sunt aparent complexe dacă considerăm multiplicitatea tehnicilor terapeutice propuse, a cadrelor instituționale existente, a teoriilor etiopatogenice subiacente. În realitate, diversele alegeri posibile se bazează înainte de toate pe marile opțiuni terapeutice pe care este esențial să le avem în minte: menținerea sau nu a relațiilor obișnuite ale copilului, abordarea centrată asupra simptomului sau a structurii.

Menținerea, repararea sau restaurarea relațiilor obișnuite ale copilului. —

Sunt toate terapiile care se derulează fără modificarea fundamentală a cadrului de viață al copilului. În acest context, esențialul acțiunii terapeutice poate atunci să se orienteze fie asupra copilului însuși, fie asupra totalității structurii familiale.

1) Când alegerea terapeutică se concentrează pe copil, această alegere se orientează atunci în jurul a două axe prezentate prea frecvent ca alternative incompatibile și ireconciliabile:

— acțiunea asupra conduitei simptomatice prin reeducări diverse, o pedagogie adaptată, o abordare medicamentoasă etc.;

— acțiunea asupra structurii psihopatologice subiacente printr-o terapie analitică sau derivatele sale.

2) Alegerea terapeutică poate de asemenea să se centreze asupra interacțiunilor și/sau dinamicii familiale într-un mod exclusiv sau complementar abordării terapeutice a copilului.

Stabilirea unui nou cadru de viață. — Diverse terapii instituționale, internat, plasament familial specializat, cămin pentru adolescenți etc. Nu pretendem să fim exhaustivi aici; ne vom limita la principalele indicații terapeutice. De asemenea, în ceea ce privește tehnica proprie fiecărui terapeut, trimitem cititorul la lucrările specializate pe un tip sau altul de tehnică.

1.1. — REEDUCĂRILE ORTOFONICE

Reeducare a tulburărilor limbajului vorbit, de la simpla tulburare de articulare până la întârzierile masive de dezvoltare a vorbirii ducând la surdmutitate, reeducare a cititului și/sau a ortografiei, scopul acestor diverse tehnici este de a lega sistemul de comunicare slăbit cu un sistem de reprezentare substitutiv temporar gestual sau senzorial: gest, percepție tactilă, asociație fonematică etc. Abordarea terapeutică a diverselor tulburări ale limbajului a fost evocată succint în capitolele consacrate psihopatologiei limbajului.

1.2. — REEDUCĂRILE PSIOMOTORII

Ele vizează să modifice funcția tonică, statică și dinamică astfel încât copilul să-și organizeze mai bine comportamentul gestual în timp și spațiu. Aceste reeducări folosesc fie tehnici simple (jocuri cu mingea, cu apa...), fie tehnici mai codificate cu exerciții gestuale definite.

Oricare ar fi tehnica, utilizarea de diverse ritmuri vizează să integreze necesara secvență temporală inerentă oricărei gestualități așa cum referința explicită la schema corporală vizează să integreze necesara secvență spațială inerentă aceluiași gest.

Aceste tehnici psihomotorii sunt larg utilizate la copilul mic, mai ales înainte de apariția limbajului. Dispraxia, neîndemânarea gestuală, instabilitatea și hiperkinezia sunt indicațiile esențiale. Se utilizează uneori reeducări psihomotorii cuplate cu reeducări ortofonice în întârzierea de apariție a limbajului, mai ales când se asociază cu tulburări ale organizării temporo-spațiale. În sfârșit, ele se pretează bine la o posibilitate de terapie în grup mic (3, 4 copii), mai ales cu copii mici (până la 4-5 ani).

La copilul în perioadă de latență sau la preadolescență, relaxarea este o tehnică terapeutică utilă.

1.3. — RELAXAREA

La jumătate de drum între reeducare și abordarea psihoterapeutică, relaxarea vizează o modificare a stării tonice, printr-o relație mediată de corp și reprezentările sale psihice: faza de relaxare tonică, întotdeauna esențială, se obține prin mobilizare pasivă (metoda Wintrebert) sau prin simplă palpăre, asociată cu evocarea reprezentării mintale sugerate cu ajutorul unui cuvânt legat de

segmentul de corp vizat (metoda Schultz). Relaxările vizează să reducă atitudinile de fond care împiedică frecvent realizarea practică sau care se supraadaugă oricărei emergențe de afect. Ele respectă frecvent o suită logică fondată pe explorarea diverselor segmente ale corpului, ale maselor musculare și ale articulațiilor, cu o conștientizare progresivă a stărilor tonice proprii fiecărui segment. Verbalizarea este limitată voluntar în cursul fiecărei ședinței, astfel încât să fie evitată orice intelectualizare defensivă la sfârșitul ședinței. Curele de relaxare durează în medie de la 5 la 6 luni; ele pot fi izolate sau asociate altor modalități terapeutice. Diversele tehnici de relaxare au fost reluate și adaptate la copil de Berges și Bounes.

Indicațiile sunt destul de largi și nu răspund la codificările mai riguroase ale reeducărilor ortofonice. Ele sunt indicate în tulburările psihomotorii (dispraxii, ticuri) dar și în instabilitatea emoțională, crampe, tremurături emoționale, bălbaiala, unele strabisme.

1.4. — REEDUCĂRILE PSIHOPEDAGOGICE

Se regroupează sub această denumire un ansamblu de tehnici (pedagogie relațională, pedagogie curativă, psihopedagogie etc.) care își propun drept scop, grație amenajării relaționale adaptate și a unor exerciții pedagogice apropiate, să palieze lacunele lăsate de procesul de învățare școlar obișnuit. Reeducările psihopedagogice privesc dificultățile de învățare a cititului sau a scrisului, a ortografiei, eșecul în a accede la primele noțiuni matematice, în sfârșit și mai ales, eșecul școlar mai mult sau mai puțin global. Sub acest eșec școlar, se descoperă de obicei un mozaic de lacune localizate la niveluri de cunoștințe teoretice foarte diverse, asociate cu dificultăți psihologice secundare sau amplificate de acest eșec (reacție de refuz sau de prestanță, atitudine de covârșire și de defetism, renunțare...).

Calitatea relației stabilite de psihopedagog, o învățare care nu se mai bazează nici pe o exigență a Supraeului, nici pe sancțiune, o pedagogie fondată pe schimb (joc pe rând) și pe succese, tehnici atractive cu un suport concret larg (imagine, jeton, diverse jocuri de societate) acestea sunt trăsăturile principale ale acestor tehnici de reeducare. Ele își găsesc indicațiile în eșecurile școlare specifice sau nu, și sunt uneori util asociate cu o psihoterapie când componenta nevrotică a eșecului e importantă sau când acest eșec are prin el însuși un rol patogen.

1.5. — TERAPIILE COGNITIV-COMPORTAMENTALE

Utilitatea lor nu trebuie neglijată în abordarea terapeutică a copilului. Ele se bazează pe legile condiționării și ale învățării și au drept obiectiv să modifice comportamentele neadaptate: obiceiurile neadaptate sunt slăbite și eliminate (Wolpe). Această definiție corespunde nu doar condiționării pavlovienne clasice (condiționare cu răspuns) ci și condiționării lui Skinner (condiționare operantă). Aceste terapii cognitive-comportamentale sunt fondate pe teoriile învățării, care consideră că comportamentele sunt dobândite prin diferite modalități de condiționare. Ele părăsesc noțiunile de structură psihopatologică, de fixație, de regresie, într-un cuvânt, ansamblul funcționării psihice interne, pentru a nu se interesa decât de versantul exterior. Tehnicile terapeutice sunt variate: inhibiție reciprocă, provocarea de anxietate, condiționare operantă, aversiune...

Utilizate mai întâi la adultul nevrotic, îndesebi fobic (terapie prin imersiune sau expunere prelungită controlată), apoi la adultul psihotic (terapie instituțională cu „jetoane“), câmpul lor de aplicare începe să se întindă la pedopsihiatrie.

De mult timp, unele abordări terapeutice vechi utilizează tehnici de condiționare fără a fi explicitat acestea în mod clar: să cităm în această direcție tratamentul enurezisului cu aparatul sonor, în care stimularea electrică între cele două fețe ale cearcăfului (conducția datorată urinei) declanșează un semnal sonor sau o descărcare electrică ușoară: copilul se trezește de la începutul micuunii, apoi după câteva nopți, înainte chiar de micuune. Este vorba aici de o metodă tipică de condiționare aversivă. De asemenea, metoda caietului (v. cap. 8, 2.3.) poate fi asimilată unei condiționări operante.

Terapiile cognitive-comportamentale au desigur domenii de aplicare posibilă în aceste diverse „obișnuințe comportamentale și mai ales motorii“, unde semnificația primară a conduitei s-a șters progresiv pe măsură ce maturizarea ar permite o depășire a conflictului, dar lăsând să persiste urma comportamentală. Este cazul, de exemplu, al unor bălbăieli sau al unor fobii. Aceste abordări au interesul să facă să dispară destul de repede o conduită simptomatică jenantă, dar lasă întreagă problema structurii psihologice subiacente.

Mai recente sunt terapiile comportamentale aplicate copiilor psihiciți sau deficienți mintal ca și adolescenților marginali (psihopați, toxicomani, delincvenți). Dacă utilizarea tehnicilor de condiționare operantă pe bază de recompensă nu pune altă problemă decât teoretică, nu se întâmplă la fel și cu terapiile aversive, care pun și trebuie să pună utilizatorilor lor probleme etice în care finalitatea trebuie să scuze sistematic mijloacele. Se înțelege prin „terapie comportamentală aversivă“ căutarea dispariției sau a extincției unei conduite cu ajutorul unei sancțiuni: diferența teoretică față de pedeapsă provine din faptul că sancțiunea este lipsită de caracter moral și de valoare relațională. Ea pretinde că se prezintă

simplicu ca o consecință „logică“ a unui comportament deviant, de unde interesul de a codifica cât mai mult posibil catalogul comportamentelor care vor face obiectul unei condiționări aversive.

Metoda TEACCH (v. cap. 16, 10.3.), larg utilizată în țările anglo-saxone, începe să fie utilizată de câteva echipe în Franța; ea aparține acestui câmp al terapiilor cognitive-comportamentale.

2. — TERAPIILE PSIHODINAMICE

S. Freud publică în 1909 „Analiza fobiei unui băiat de 5 ani“ care constituie primul exemplu de aplicare la copil a tehnicii psihanalitice. A trebuit apoi așteptat anul 1920 pentru ca H. Hug-Hellmuth să descrie „tehnica analizei copiilor“, introducând prin pozițiile sale teoretice asupra necesarei funcții educative a psihanalistului de copii dezbaterile dintre M. Klein și A. Freud în anii 1930-1940.

Foarte rapid într-adevăr, dincolo de dificultățile tehnice (ar înlocui jocul tehnica asociațiilor libere ale adultului?), dezbaterile trebuia să se centreze asupra unui punct teoretic crucial: procesul transferențial este oare posibil la copil? Dacă da, natura sa este ea identică cu cea a adultului și putem s-o analizăm?

În spatele acestor interogații se profilează rolul părinților, cu funcția lor educativă. Nevroza la copil este mult mai puțin frecventă decât nevroza la adult, „nevroza infantilă“ funcționând mai mult ca un model al psihopatologiei adulte decât ca o realitate a clinicii copilului. Transferul unui copil pe terapeuții săi este integral conținut în timpul prezent și se hrănește neîncetat din actualitatea și realitatea părinților săi, fără ca refuzarea, apoi efectul retroactiv al scenei traumatice să permită reelaborarea imaginilor parentale interne și eventuala constituire a unui nod nevrotic (v. în această privință discuția teoretică asupra nevrozei infantile și nevroza la copil, cap. 17, 2.1.).

M. Klein rezolvă problema declarând drept principiu că, de la naștere, copilul este pradă unui conflict intern: organizarea sa psihopatologică retrimite la acest conflict arhaic. Trăvialul terapeutic în analiza unui copil are drept obiect nevroza infantilă. Pentru M. Klein conflictul intrapsihic apărut încă din aurora vieții retrimite la imaginile parentale fantasmatic. Jocul permite punerea în scenă a conflictelor și a fantasmelor, punere în scenă care fondează transferul însuși: într-adevăr, terapeuții este și el obiectul unei relații fondate pe o fantasmă inconștientă care retrimite la imaginile parentale arhaice interiorizate.

A. Freud susține, în ceea ce o privește, că o parte din tulburările copilului nu răspund unui conflict interiorizat, ci unui conflict de adaptare, și că *a priori* copilul nu are nici un motiv să se încreadă într-un străin mai mult decât în

propriii săi părinți pentru a rezolva dificultăți: o fază inițială de seducție sau mai simplu de învățare este necesară.

Aceste dispute istorice sunt cert depășite, dar reamintirea lor pe scurt este necesară pentru a sesiza mai bine diversele tehnici terapeutice și implicațiile lor teoretice. Într-adevăr, continuă să se opună partizanii unei interpretări rapide a nivelului cel mai inconștient al conflictelor cele mai arhaice și partizanii mai ortodocși ai unei interpretări care merge de la nivelul superficial conștient la nivelul inconștient al conflictelor.

Totuși, pe planul teoretic, psihanaliza sau metodele care se apropie de ea (psihoterapia psihanalitică, psihodrama psihanalitică) au drept scop să aducă la conștiință originea conflictelor și a conduitei lor simptomatice, pe măsură ce ele apar și se reproduc în cursul ședințelor, apoi de a da copilului mijloacele de a elabora mai bine, de a-și rezolva și/sau tolera conflictele. În raport cu adultul, psihanaliza copilului pune o problemă teoretică, cea a transferului, și o problemă de tehnică, cea a modului de comunicare dintre adult și copil.

2.1. — TRANSFERUL LA COPIL

Depășind opoziția dintre M. Klein și A. Freud, trebuie să recunoaștem că un transfer există totuși la copil, fără a exercita neapărat o atitudine de seducție, dar că acest transfer nu poate fi asimilat cu nevroza de transfer (sau chiar psihoza de transfer) a adultului. Prezența fizică a părinților, apariția de conflicte inevitabile de dezvoltare (conflict oedipian, conflict de adolescență) sau a unei circumstanțe externe traumatice (separare) dau copilului o latitudine mai mică în raport cu organizarea sa psihică internă. Frecvent, copilul reproduce mai întâi în transfer o relație și sentimente analoge cu ceea ce se produce în realitatea actuală. Atitudinea terapeutului, diferită de sistemul de interacțiune familială care acordă copilului un loc aparte, va permite acestuia din urmă, grație interpretărilor progresive, să recunoască proiecția conflictelor sale și apoi să le analizeze. Unii copii par de altfel să perceapă foarte repede natura foarte diferită a relației care le este propusă și sunt capabili să se angajeze foarte repede într-o relație apropiată de cea observată în analiza adultului.

Natura intervențiilor și a interpretărilor de transfer diferă în funcție de terapeuți. Unii, urmând recomandările lui M. Klein, intervin foarte repede asupra sensului inconștient al producțiilor copilului (joc sau desen), alții, urmând-o pe A. Freud, preferă să se limiteze la interpretarea doar a sensului preconștient al producțiilor sale, pe măsură ce semnificația lor diferențială devine mai evidentă, respectând în sens invers evoluția genetică (mergând de la preconștient la inconștient, de la nivelul oedipian spre nivelul arhaic, de la genital la pregenital etc.). În sfârșit,

alții se ferec de orice intervenție directă asupra materialului adus de copil, considerând că simpla acceptare de către terapeut a conflictului copilului, răspunsurile lui la nivelul jocului care arată înțelegerea sa, comentariul său cu privire la desenele făcute în timpul ședinței, sunt suficiente, dacă nu să dezvăluie sensul inconștient al conflictului, cel puțin să-l reintroducă în Eul copilului și să autorizeze reluarea dezvoltării.

În toate cazurile, părinții pot, prin atitudinea lor inadecvată, să se opună travaliului de elaborare al copilului lor, sau să nu îi înțeleagă natura (astfel, în timpul primelor intervenții apar unele agravări tranzitorii ale simptomelor care traduc întârzierea rezistențelor). O relație terapeutică cu părinții este în majoritatea cazurilor de dorit, dacă nu chiar indispensabilă (v. paragraful următor: abordarea terapeutică centrată pe familie).

2.2 — MODALITĂȚILE DE COMUNICARE

Foarte rapid tehnica asociațiilor libere a apărut ca neadaptată pentru copii. Aptitudinea de a comunica este un obstacol suplimentar deoarece comunicarea adevărată dintre copil și adult nu trece doar prin limbaj, aceasta cu atât mai mult cu cât copilul este mai mic. Terapeutul trebuie deci să cunoască nivelele de maturizare, mijloacele de expresie privilegiate în funcție de vârstă, el va trebui să fie familiarizat cu „lunea copilului”, cu particularitățile sale de limbaj, nivelul său de înțelegere etc. A stabili o comunicare nu rezumă desigur procesul terapeutic însuși. Widlöcher denunță pe drept această confuzie: „*sunt confundate două planuri: aptitudinea la a comunica și travaliul psihoterapeutic însuși*”. Totuși, stabilirea unui cadru adecvat în care copilul să poată comunica cu adevărat cu adultul reprezintă primul timp al oricărui demers terapeutic: este de fapt ceea ce Winnicott numește „consultația terapeutică”.

Pe planul practic, amenajările sunt multiple: ni se pare esențial să lăsăm copilului alegerea modului său de comunicare privilegiat, dar să evităm jocurile prea sofisticate sau realiste care l-ar închide într-o repetiție sterilă a lumii realității. În materie de psihoterapie, supraabundența jocurilor și jucăriilor este la fel de nefastă (chiar mai mult) ca absența oricărui material. În ceea ce ne privește, încercăm să prezentăm materialul citat în tabelul XII; această listă dată ca simplu exemplu nu este nici exclusivă, nici limitativă. Frecvent se dovedește că după primele ședințe copilul adoptă un tip de material și îl conservă pe tot parcursul terapiei.

TABELUL XII. — *Exemplu de listă de materiale în psihoterapia copilului.*

Coli albe, creioane negre și colorate, cartocia colorate.
O linie, o gumă.
O pereche de foarfec, un ghem de sfoară, un tub cu lipici, un rulo de Scotch.
Plăstilină.
Câteva mașini mici, câteva păpuși nu prea mari și/sau mici figurine.
Câteva elemente de serviciu de masă, un biberon.
Câteva animale sălbatice și de fermă, cele mai cunoscute.
Cuburi de lemn.
Patru sau cinci marionete.

La începutul terapiei, recomandările copilului trebuie să fie formulate într-o manieră clară, dar nu ambiguă. Asociația liberă rămâne principiul de bază al terapioilor de inspirație analitică. Tinerii terapeuți fac eroarea frecventă de a propune copilului „aici tu poți să faci ceea ce vrei”. O asemenea formulare pune prea mult în valoare „a face”, punerea în act și reprezintă o incitare la trecerea la act. Copilul nu uită niciodată la prima limitare fizică (când de exemplu se apleacă periculos pe fereastră) să amintească: „dar mi-ai spus că pot face tot ce vreau”. Cu valoare de indicație, formularea liberei asociații se poate face astfel: „începând de azi, ne vom întâlni regulat; când vom fi împreună, vei putea spune tot ce gândești. Poți să spui aceasta de asemenea desenând sau jucându-te. Împreună vom încerca să înțelegem ce se-nîmplă în tine”. O asemenea formulare insistă asupra valorii limbajului și arată de la început că jocul sau desenul vor fi auzite ca echivalente. Terapeutul va fi apoi mai liber să limiteze trecerile la act ale copilului, interpretându-le dacă este necesar.

O atenție cu totul deosebită trebuie acordată schimbărilor bruște ale modurilor de comunicare a copilului: trecere dintr-o dată de la desen la joc, întreruperea unui desen și o nouă producție pe spatele foii, schimbare inopinată a temei. Aceste rupturi, analoge cu opririle bruște ale lanțului asociativ din discursul analizantului adult, traduc întotdeauna o emergență fantasmatică sau un conflict inconștient și oferă terapeutului ocazia, prin interpretarea sa, a unui travaliu de legătură în producțiile copilului.

2.3. — AMENAJĂRI PRACTICE

Ideal, ritmul ședințelor ar trebui să depindă de importanța dificultăților, de capacitatea de elaborare a materialului analitic între ședințe, de intensitatea rezistențelor. Două până la trei ședințe pe săptămână par a fi ritmul minim pentru a se stabili un travaliu real de psihoterapie analitică.

În Franța s-a instaurat prea frecvent obiceiul de a propune o ședință pe săptămână. Numeroasele dificultăți pentru a vedea un copil de mai multe ori pe săptămână, practica a numeroase terapii în dispensar au ajuns la acest compromis: acesta e uneori satisfăcător, unii copii angajându-se într-un proces transferențial real, cu o capacitate uimitoare de a lega materialul de la o ședință la alta și de a suprainvesti timpul ședinței. În alte cazuri, acest ritm e prea spațiat, merge prea mult în sensul rezistențelor (mai ales în cazul inhibiției sau al pasivității); e important atunci ca terapeutul să aibă vigilența necesară pentru a adapta cadrul practic la necesitățile cazului clinic.

În ceea ce privește durata ședințelor, fără a dovedi un formalism excesiv, ni se pare și acolo că obișnuința unor ședințe puțin mai scurte decât cu adultul (30 de minute) nu este întotdeauna justificată. În acest sens, vom reaminti că, pentru primii psihanaliziști de copii, ca și pentru adulți, ședința dura o oră.

O modalitate de amenajare particulară este reprezentată de **psihodrama psihanalitică**: este vorba de o tehnică de punere în joc și în mimă a unui scenariu imaginar propus de un copil. În fiecare ședință, copilul primit de animator (care cel mai frecvent nu joacă) propune un scenariu, distribuie rolurile, își alege unul (este preferabil ca el să nu își joace propriul rol, ci ca acesta să fie jucat de un altul). Sunt astfel puse în scenă două-trei teme în fiecare ședință, teme întrerupte de către animator. Interpretările sunt făcute fie de către actorii-terapeuți sub acoperirea jocului însuși, fie de către animator după întrerupere. Este vorba de o metodă deosebit de mobilizatoare, utilă când expresia verbală în fața-n-față este afectată fie de inhibiție, fie de dificultatea de a stăpâni un raport de tip adult. Astfel, psihodrama este probabil una dintre tehnicile cele mai favorabile pentru abordarea copiilor la sfârșitul perioadei de latență sau în preadolescență (între 11 și 14 ani), la o vârstă la care terapia prin joc este refuzată și la care dialogul în fața-n-față întărește procesele de inhibiție.

2.4. — INDICAȚIILE ȘI CONTRAINDICAȚIILE TERAPIILOR ANALITICE

Indicațiile sunt largi, ele nu se bazează pe conduitele simptomatice, ci pe dinamica conflictuală subiacentă. Primele indicații priveau copiii confrunțați cu conflicte la nivel oedipian. Acestea sunt în continuare cazurile cele mai favorabile. Ulterior, am asistat la o extensie spectaculoasă a indicațiilor în așa măsură încât nu mai există practic simptome sau mai ales structură psihopatologică pentru care să nu fi fost propusă o abordare psihanalitică. Dacă e evident că orice copil poate, teoretic, să beneficieze de o terapie analitică și că, în consecință, indicațiile și contraindicațiile nu își au locul la nivelul copilului însuși, în schimb este tot

atât de evident că, în același timp, sunt trasate limite importante datorită constrângerilor practice și condițiilor de mediu extern necesare bunului mers al unei cure.

Limitările practice

Cura analitică sau psihoterapia de inspirație analitică este o terapie lungă, care impune un ritm de ședințe destul de ridicat; în majoritatea cazurilor efectele sale nu se fac simțite decât progresiv. De aceea, înainte de a întreprinde un astfel de tratament, trebuie să ne asigurăm dinainte că condițiile materiale nu vor fi o sursă de obstacole insurmontabile (depărtarea excesivă de locul terapiei, copil prea mic pentru a veni singur și părinți nu îndejuns de disponibili pentru a-l însoți etc.). În plus, e preferabil să păstrăm indicația curelor analitice pentru conflictele psihice interne deja destul de solid structurate. Unele abordări terapeutice mai ușoare au un efect simptomatic benefic destul de rapid și permit astfel o reluare a dezvoltării pe care conduita simptomatică putea să o împiedice. Din aceste motive, pot fi preferate reeducări ortofonice, psihomotorii sau psihopedagogice.

Limitările și contraindicațiile datorate mediului

Dacă nu există contraindicație la nivelul copilului însuși, aceasta poate să existe la nivelul anturajului, mai ales la părinți. Opoziția deschis exprimată față de o terapie analitică trebuie să ne facă să amânăm orice decizie, chiar dacă opoziția vine de la un singur părinte: în general, acest dezacord asupra modalităților de tratament maschează un conflict parental. Copilul luat în psihoterapie analitică în aceste condiții are toate șansele de a fi plasat, din cauza acestui tratament, în însuși sânul conflictului, într-o poziție neinterpretabilă și neelaborabilă.

O altă contraindicație provine din interdicțiile parentale: părinții pot să-i interzică copilului să utilizeze informațiile pe care i le-au comunicat, mai ales cele privitoare la filiație.

Uneori părinții îi interzic copilului să comunice terapeutului un secret familial (membru al fratrii bolnav sau situație socială neobișnuită etc.). În toate cazurile, interdicția de a exprima liber aceste conflicte sau de a le da liber o interpretare face ca procesul analitic să fie vid de sens și de efect, să ajungă la o parodie mai mult nefastă decât utilă. Dacă în primul caz terapeutul cunoaște de la început condițiile defavorabile, el poate în schimb să rămână ignorant asupra unei interdicții de a spune care-l apasă pe copil: terapia ajunge atunci într-un impas. Contează să-l reperăm cât mai repede cu putință.

În sfârșit, fără a constitui o contraindicație veritabilă, unii părinți incapabili să vorbească în numele lor propriu, fac din copil mesagerul conflictului lor. Este

cazul părinților narcisici ai căror copii-simptome reprezintă o proiecție a problematicii lor; într-un grad mai avansat, este și cazul incluziunilor cvasi-delirante între adult și copilul său (cel mai frecvent mama care folosește copilul ca obiect parțial).

Diatkine, încercând să analizeze rezistențele din partea parentală, subliniază că riscăm să conducem copilul într-o poziție de nesuportat:

- „dacă părinții nu au sentimentul că copilul există în calitate de persoană autonomă;
- dacă ei nu au sentimentul că ei înșiși au un psihism inconștient;
- dacă ei nu sunt capabili să utilizeze această cunoaștere altfel decât pentru a respinge copilul“.

În acest caz copilul ajunge repede să dezinvestească psihoterapia analitică, sau să se roage de părinții săi pentru o întrerupere (plângându-se de exemplu de spusele analistului) sau, când investiția în terapie e puternică, să găsească un compromis satisfăcător pentru el însuși: repetă aceleași producții de la o ședință la alta.

În toate cazurile în care apare o „contraindicație“ din partea parentală, consultantul va încerca să găsească soluții intermediare de la abordarea terapeutică a copilului singur, și/sau a părinților singuri, până la abordarea familiei în ansamblul său. De la simpla consiliere parentală până la terapia pentru părintele însuși, evantaiul propunerilor trebuie să se adapteze la nivelul fiecărei patologii relaționale, să țină cont de intensitatea rezistențelor, dar refuzând să meargă dincolo de compromis în ceea ce ar deveni o compromitere.

3. — PSIHOTERAPIA MAMĂ-COPIL

Winnicott, în Anglia, A. Doumic și P. Male, în Franța, au abordat problema psihoterapiilor și a copilului mic, frecvent la o vârstă preverbală: acești autori acordă o mare importanță restaurării relației mamă-copil grație regresiei induse la copil de atitudinea psihoterapeuului și a reparației materne. Pentru S. Daymas „*este vorba despre o terapie terapeutică reparatorie, regresivă, în sensul unei regresii temporale cât mai aproape de echipamentul copilului, de trăirea sa și deci de mediul său*“.

3.1. — ORGANIZAREA MATERIALĂ

Ședințele sunt săptămânale sau bisăptămânale, în prezența regulată a copilului și a mamei. Tatăl poate, la cererea sa, să asiste la unele ședințe sau să o înlocuiască

uneori pe mamă momentan indisponibilă. Camera trebuie să fie identică, locul persoanelor destul de fix, mai ales al mamei care îndeplinește funcția de referent stabil. Copilul trebuie să aibă la dispoziția sa seria obișnuită de jocuri, o sursă de apă dacă este posibil. Un loc spațios este indispensabil.

3.2. — FUNCȚIA TERAPEUTULUI

Ea este dublă, cu copilul și cu mama. Cu copilul, rolul terapeutului este de a-l însoți într-un comentariu al conduitei sale, ca un fel de eu auxiliar sau de baliză externă a realității, dar și să-l reploneze pe copil cât mai aproape de lumea senzorialității. Limbajul terapeutului învește astfel conduitele copilului: este un limbaj de „doică” (Domic), o repetiție litanică făcută din cuvinte simple, direct accesibile, încărcată de cuvinte apropiate de corp. Comentariul părților corpului în fața oglinzii, observațiile asupra gustului, mirosului, atingerii, vederii, auzului, sunt abundente. Male și Domic insistă asupra necesarei lăntor a terapeutului: gesturile sale, cuvântul său, comprehensiunea sa chiar trebuie să fie lente, să respecte ritmul propriu copilului; repetițiile, reluările, ritmia și melodia invită astfel la o regresie temporală și structurală la primele stadii preverbele.

Cu mama, terapeutul nu are o legătură directă manifestă. Discursul său se adresează înainte de toate copilului, dar este evident că mama îl primește și ea. Un element tehnic este esențial: tot ceea ce privește relația agresivă se focalizează pe relația copil-terapeut, tot ceea ce privește relația libidinală se focalizează pe relația mamă-copil: „ești supărat pe mine pentru că nu am lapte bun”, dar „când copilului să-și recunoască ambivalența, și mamei să se simtă restaurată în funcția sa maternă, de care ea se îndoaia datorită comportamentului copilului. Această tehnică evită o frustrare excesivă maternă și polarizarea agresivității sale asupra terapeutului, care ar duce la o oprire a tratamentului. Mama resimte de asemenea valorizarea copilului său, accede la o parte din lumea sa fantasmatică și înțelege în parte cum se elaborează realitatea sa psihică.

În cazul specific al mamei cu nou-născutul său (Lebovici), terapeutul se adresează mamei, în timp ce aceasta ține copilul în brațe, în general. Rolul terapeutului este atunci de a lega două registre care evoluează frecvent alături: pe de-o parte, el reținează în discursul matern originea interacțiunilor fantasmatic interactive dintre această mamă și bebelușul său (v. p. 42), pe de altă parte, el reținează în schimbările relaționale pe care le observă în prezent raporturile frecvent evidente cu conținutul latent al discursului matern. În interpretările sale care se adresează preconștientului matern, terapeutul leagă secvența interactivă actuală de discursul care-l evocă pe bebelușul fantasmatic sau imaginar (v. infra).

Destinderea frecventă, atât la mamă cât și la nou-născut, care urmează acestei interpretări restaurează calitatea interacțiunii (mergând uneori până la impresia de a fi restabilit „dialogul tonic”) și determină o ameliorare frecvent spectaculoasă a simptomelor. Aceasta se observă într-un fel deosebit de clar în cazurile de insomnie a nou-născutului.

3.3. — INDICAȚII

Ele sunt reprezentate de tulburările grave ale marilor funcții somatice: anorexie precoce, perturbări ale somnului, întârziere în apariția limbajului. Mai rar pentru tulburări care evocă un conflict psihic (fobie, angoasă) sau pentru un ansamblu de manifestări care determină temerea unei psihoze precoce. Limitele acestei tehnici terapeutice sunt frecvent aduse de copilul însuși. Într-adevăr, când abordăm organizarea fantasmatică legată de scena primitivă și/sau agresivitate în fața raporturilor sexuale parentale, nu rareori vedem copilul conducându-și mama în sala de așteptare sau lăsând-o acolo de la începutul ședinței. El se instalează atunci într-o terapie mai tradițională, chiar dacă de multe ori va avea încă nevoie să o viziteze pe mama sa pentru a se liniști, gratificându-o cu un cadou (desen). Este atunci de dorit ca părinții să fie văzuți regulat de un alt terapeut pentru a elabora ambivalența în fața terapeutului care le-a furat astfel copilul.

4. — TERAPIILE FAMILIALE

Întâlnirea cu părinții, chiar cu grupul familial lărgit (ansamblul fratriei, bunic etc.) este o necesitate cvasi-absolută în pedopsihiatrie și ar trebui să constituie un prealabil în majoritatea deciziilor terapeutice: câte psihoterapii de copii sau de adolescenți nu ajung la o ruptură prematură sau la un impas, câte reeducări nu se prelungesc interminabil fără ca simptomele să se modifice, câte întâlniri nu se repetă cu un părinte care, în timpul întregii discuții îl covârșește pe cel absent, pentru că s-a procedat la o analiză incompletă a dinamicii conflictuale a familiei, unul dintre membri a fost uitat sau dat la o parte, o conduită simptomatice a fost izolată arbitrar la nivelul unui individ în timp ce ea își are originea într-o fantasmă familială colectivă.

Noi am subliniat deja necesitatea, în cursul întâlnirilor de investigare, de a evalua funcția conduitei simptomatice, originea cererii familiale și locul suferinței psihice în dinamica familială. O întrebare suplimentară privește ansamblul familiei: de ce să fi ales acest moment pentru a veni la consultație? Această întrebare este

importantă în evaluarea echilibrului familial și reprezintă frecvent primul punct de clarificat în cursul terapiei familiale.

Înainte de acestea, trebuie să distingem două tipuri de abordări familiale: prima nu reprezintă decât un complement al unei terapii centrate pe individ, cea de-a doua se preocupă înainte de toate de sistemul relațional al familiei.

4.1. — ABORDĂRI FAMILIALE COMPLEMENTARE TERAPIEI INDIVIDUALE: PSIHOTERAPIE PARENTALĂ DE SUSTINERE, CONSILIERE PARENTALĂ

Întâlnirea regulată cu părinții se dovedește frecvent necesară atât pentru părinți cât și pentru copil, chiar pentru terapeut. În funcție de vârsta copilului și de tipul de terapie întreprinsă cu acesta din urmă, sunt posibile mai multe modalități:

- același terapeut pentru copil și părinți;
- terapeuți diferiți;
- discuții cu părinții în prezența copilului;
- discuții cu părinții în absența copilului.

Când este vorba despre o reducere, același terapeut poate să întâlnească părinții, având totuși grijă ca aceștia să nu „învadeze” progresiv spațiul și locul copilului lor, și să nu-l plaseze pe terapeut în poziția de cenzor apropiat de poziția învățătorului (v. „Lección de ortofonie” despre care vorbesc părinții).

Când este vorba despre o psihoterapie, după părerea noastră, tehnica depinde de vârstă: cu copilul mic (mai puțin de 5-6 ani), același terapeut poate să-i vadă pe copil și părinți, eventual separat, dar de preferință împreună. Cu copilul în perioadă de latență, este preferabil ca un terapeut diferit să-i vadă pe părinți. Cu adolescentul, întâlniri comune părinți-adolescent-terapeut sunt posibile, dacă adolescentul este de acord, dar în toate cazurile ni se pare preferabil ca terapeutul să nu vadă niciodată părinții în afara prezenței adolescentului.

Rolul terapiei de susținere este de a permite o atenuare a tensiunilor intrafamiliale și a conflictelor centrate pe copil, fără a pretinde să modifice echilibrul nevrotic (sau psihotic) familial. Ascultarea regulată a părinților le permite să-și atenueze culpabilitatea, să abordeze parțial ambivalența inevitabilă în raport cu terapeutul și cu locul terapiei, să orienteze asupra persoanei terapeutului o parte din agresivitatea dirijată de obicei către copil, să evoce speranțele și/sau frustrările datorate copilului, să tolereze mai bine mișcările afective determinate la acesta din urmă de terapie.

Un punct deosebit de dificil se referă la sfaturile pe care părinții nu omît să le ceară în cursul acestui tip de terapie: experiența arată că, în majoritatea cazurilor,

familia revine la ședința care urmează unui sfat dat de terapeut fie după ce l-au urmat întocmai (dar i-au denaturat complet sensul), fie l-au uitat, fie demonstrându-i ineficiența. Pe scurt, sfatul este rareori satisfăcător. În același timp, majoritatea anchetelor care se ocupă de cele trăite de familii în timpul consultației de pedopsihiatrie (Soule) arată că primul element de insatisfacție este: „nu ni s-a spus nimic”.

Această atitudine contradictorie, să vrei să primești „sfaturi”, dar să nu le urmezi, se înțelege ușor în lumina sentimentelor de frustrare și de ambivalență intensă pe care le simt părinții al căror copil este în mâinile „specialiștilor”: plasându-se ei înșiși în poziție de solicitare infantilă în raport cu cel care știe, ei revin la întâlnirea următoare satisfăcuți să arate că el nu știe mai mult decât ei, cu toate implicațiile agresive sau de compensare narcisică pe care le conține această constatare.

În acest mic joc al puterii și contra-puterii dintre părinți și terapeut, acesta din urmă se va epuiza la fel de repede ca părinții, în același joc ca între ei și copilul lor... Sfaturile maschează în general o poziție de dependență infantilă față de terapeut, poziție de dependență care funcționează cel mai frecvent ca o rezistență la adresa dezvoltării adevăratelor surse ale conflictului. În același timp, o dezvoltare prea brutală riscă să trezească o angoasă excesivă, o reînțărare a pozițiilor caracteriale defensive și finalmente o ruptură terapeutică: aceasta înseamnă că maniera unei psihoterapii de susținere este mai complexă decât pare la prima vedere.

Într-adevăr, așa cum răspunsul direct la cererea unui sfat se dovedește inutil, nu este de asemenea util să menținem și să urmărim o atitudine de frustrare totală. Ni se pare esențială explicațiile cât de detaliate posibil asupra naturii terapiei urmate de copilul lor, exemple anodine ce ilustrează maniera de a proceda. Desigur că aceste explicații pot alimenta rezistențe conștiente, de exemplu prin intelectualizare. Dar e întotdeauna preferabil să informezi și să formezi părinții, să pariezi pe propria lor capacitate de înțelegere și de progres, într-un cuvânt, să faci din ei aliați și auxiliari încrezători și colaboratori, decât să-i menții în ignoranță și dependență.

În sfârșit, sfaturi pot fi date în fața unor atitudini deosebit de inadecvate ale părinților, frecvent de altfel asupra unor aspecte despre care aceștia nu întreabă nimic. Trebuie atunci să te ferești să intervii asupra unor aspecte vagi, asupra unei ambianțe relaționale sau a unei interacțiuni conflictuale majore care în realitate sunt expresia conflictelor nevrotice cele mai fixate. În schimb, recomandări asupra momentelor precise ale unor conduite, propuneri de schimbare punctuală de rol când părinții par susceptibili să o accepte, pot să destindă atmosfera și să faciliteze mersul tratamentului copilului.

În anumite cazuri favorabile, aceste întâlniri de consiliere pot să-i conducă

pe părinți la o conștientizare apoi la o reflexie asupra propriului lor conflict, ceea ce reprezintă un preluu la o psihoterapie individuală. Două eventualități sunt posibile. Într-un prim caz, cererea este centrată asupra dificultăților relațiilor cu copilul, chiar dacă aceste dificultăți determină parțial conștientizarea propriilor conflicte oedipiene ale părinților: este posibilă o psihoterapie individuală, în același centru de consultație (CMP) ca și copilul. Sunt cazurile cele mai frecvente. Cea de-a doua eventualitate este mult mai rară: unii părinți sunt capabili să se deconstruie suficient din relația lor cu copilul și să facă o legătură cu dificultățile din alte sectoare ale vieții lor. Este atunci preferabil să îi îndrumăm spre un terapeut total distinct de echipa terapeutică infantilă.

4.2. — TERAPIILE FAMILIALE

Acest cadru regroupează ansamblul terapiei a căror acțiune se concentrează nu pe individul desemnat ca bolnav de către grupul familial, ci pe ansamblul interacțiunilor care direcționează schimbările dintre diverșii membri ai acestui grup.

Aceste terapii familiale se inspiră pe larg din teoriile sistemice (Bertalanffy, Brodsky) care ele însele își au sursa în conceptele teoriei cibernetice. Într-adevăr, noțiunile de homeostazie, de retroacțiune, de buclă reglatoare, de „*feed-back*” pozitiv sau negativ sunt larg utilizate. Prin aceasta, ele diferă de cadrul conceptual al psihanalizei care își avea o parte din surse în teoriile energetice termodinamice sau mecanice.

Terapiile familiale au cunoscut primele lor succese în abordarea psihicului: foarte repede într-adevăr, a trebuit să recunoaștem că este evident că terapia centrată doar pe bolnav avea toate șansele să ajungă la un eșec: în numeroase cazuri, această ruptură survenea într-un fel paradoxal exact în momentul în care starea pacientului părea să se amelioreze. Un studiu atent al contextului familial a arătat atunci că pacientul era prins într-o rețea de interacțiune astfel încât boala aparentă a individului părea necesară stabilității ansamblului.

Terapiile familiale se referă astfel la cadre epistemologice diferite, centrate nu pe individ ca înainte, ci pe sistem în ansamblul său și pe modurile de comunicare dintre fiecare element al acestui ansamblu. Prin analogie, s-ar putea spune că în terapia familială teoria sistemică este echivalentul referențului structural și teoria comunicării echivalentul referențului semiologic.

Teoria sistemelor

Ea se bazează pe câteva principii simple:

— principiul homeostaziei unui sistem: toate forțele tind către o situație de

echilibru stabilă. Nivelul de anxietate globală a sistemului tinde să crească atunci când apare o amenințare de dislocare sau de dezechilibru;

— necesitatea de a schimba tipurile de interacțiune pentru a regăsi un nou echilibru atunci când unul dintre membrii sistemului se schimbă: această noțiune a schimbării se opune principiului homeostaziei și explică rezistența la schimbarea terapeutică.

Funcția familială a bolnavului este într-adevăr de a păstra această homeostazie. Invers, creșterea copilului implică din partea familiei sănătoase o capacitate de schimbare în modalitățile sale de interacțiune, mai ales în timpul fazelor critice ale dezvoltării (naștere, oedip, adolescență, plecare a adulțului...). Aceasta explică de ce abordarea ansamblului grupului familial se dovedește de dorit în pedopsihiatrie.

Teoria comunicării

Regulile care regizează interacțiunile dintre membrii ansamblului sunt fie explicite, fie implicite. Ele servesc la stabilirea și la structurarea diferitelor roluri ca și la decodarea mesajelor dintre diverșii membri. Teoriile comunicării (Watzlawick, Selvini...) se bazează pe patru principii:

— o persoană în situație de interacțiune nu poate să nu comunice: refuzul de a comunica nu este decât un tip aparte de comunicare. Orice comportament are valoare de comunicare;

— orice mesaj cuprinde două canale distincte: un canal digital este mesajul verbal; un canal analogic este mesajul neverbal (mimică, gest, postură, inflexiunea vocii etc.). Partea din mesaj conținută de un canal poate fi în armonie cu cealaltă parte conținută în cel de-al doilea canal, în dizarmonie sau chiar în contradicție. Dizarmonia și mai ales contradicția acestor două nivele definesc comunicarea paradoxală sau în „*double bind*” (v. *Comunicarea în familia psihicului*);

— mesajul emis nu echivalează cu mesajul primit: receptorul poate să nu primească decât o parte a mesajului, sau să utilizeze un sistem de decodare diferit de cel al emițătorului. În special receptorul poate să fie deosebit de sensibil la canalul analogic (mimică, voce...) în timp ce emițătorul nu este conștient decât de canalul digital (discursul însuși);

— comunicarea asupra comunicării (metacomunicarea) nu este posibilă decât dacă sistemul este deschis. Această deschidere poate să provină fie dintr-o capacitate a fiecăruia dintre membri de a lua reculul necesar, fie din introducerea unui nou element incitant la metacomunicare (terapeutil). Fără această metacomunicare, sistemul rămâne închis și reproduce indefinit același tip de interacțiune.

Nu este locul aici să descriem principalele tipuri de comunicare normale și mai ales patologice (problemă de punctuație, escaladă simetrică, complementaritate rigidă și mai ales comunicare paradoxală etc.), dar traiulul terapeutului sistemic constă mai întâi în a repera aceste tipuri de comunicare. Acest reperaj odată efectuat, trebuie să alegem cea mai bună tehnică pentru a crea o deschidere în sistem: deschidere dinamică atunci când membrii sistemului par să poată accede la un nivel de metacommunicare, deschidere constrângătoare atunci când terapeutul este confruntat cu un sistem atât de rigid încât este redus la a adopta deliberat același sistem interactiv patologic (este exemplul prescripției terapeutice paradoxale descrisă de M. Selvini).

Modalitățile și indicațiile terapiliilor familiiale sistemice

În practică, ședințele terapiliilor familiiale trebuie să regroupeze toți indivizii constitutivi ai nucleului familial, mai ales membrii fratriei și bunicii, îndeosebi când trăiesc sub același acoperiș. Uneori un travaliu satisfăcător poate să se ocupe doar de nucleul redus (părinți și copil bolnav), dar introducerea unui nou membru este indispensabilă dacă el pare să joace un rol important în dinamica familiială. Durata ședințelor este variabilă. Unii terapeuți convin de la început asupra unui număr maxim de ședințe sau cel puțin de o rediscutare regulată a indicației (după principiul „contractului” foarte utilizat în țările anglo-saxone).

Conduita întâlnirilor cere din partea terapeutului familiial o formare adaptată, care l-a făcut sensibil la diversele modalități de interacțiune, fiind în același timp el însuși capabil să-și controleze propriile canale de comunicare (digital și mai ales analogic). Terapeutul familiial trebuie să fie activ, adică să intervină, să întrerupă eventual vorbitorul, să redistribuie cuvântul unui alt membru: a lăsa să acționeze dinamica spontană a grupului familiial înseamnă într-adevăr să perpetuezi sistemul închis de interacțiuni. Chiar dacă aceste interacțiuni sunt încărcate de semnificații simbolice, acestea nu pot fi percepute de membrii grupului prins în acțiunea comunicării: rolul terapeutului familiial constă în a permite membrilor grupului să descopere ei înșiși sensul simbolic al acestor interacțiuni, distribuind altfel comunicarea. Pentru a face astfel, terapeutul are interes să-și centreze intervențiile asupra receptorului mesajului și să obțină ca acesta din urmă să-și explice propriul sistem de decodare. Intervențiile asupra emițătorului (cel care vorbește sau a cărui comunicare analogică primează) riscă într-adevăr să aibă un efect „sălbatic” și să fie utilizate sadic apoi de către ceilalți membri ai familiei. Este frecvent preferabil să utilizăm un incident minor din viața cotidiană, decât o discuție fără temă: în ceea ce privește acest incident minor, terapeutul va încerca să analizeze nivelul implicit de interacțiuni ascuns sub nivelul explicit și să decodeze relațiile de putere (cum este ierarhizat cuvântul în grup, cine punctează secvențele...).

Indicațiile sunt destul de largi și nu au criterii limitative în afara constrângerilor materiale. Minuchin și Selvini au dat indicații privilegiate pentru cazuri grave:

- copil psihotic;
- afecțiune psihosomatică gravă și anorexie mintală;
- copil victimă a abuzului fizic.

În cazuri mai puțin grave considerăm că abordarea familiială este de dorit în diverse condiții:

- când simptomul copilului apare deosebit de fixat în pofida unui travaliu psihoterapeutic individual aparent satisfăcător;
- când aceste simptome eratic și proteiforme se plimbă pe diverși membri ai familiei: este îndeosebi cazul acelor familii în care cum un copil se simte mai bine, un altul se îmbolnăvește;
- când modurile de comunicare familiiale traduc patologii individuale pe

registru caracteropatice și al externalizării: izolarea unui membru din grup întârște caracteropatia celorlalți, în timp ce membrul desemnat ca bolnav tinde să-și externalizeze cât mai mult posibil suferința și refuză orice terapie.

5. — PSIHOTERAPIILE DE GRUP

În pedopsihiatrie sunt utilizate forme de grupuri foarte diferite; ele au toate scopuri terapeutice, dar fundamentele lor teoretice nu sunt întotdeauna clar explicate. Nu vom aborda aici decât grupurile de inspirație psihanalitică ce manifestă o anumită coerență între obiectiv terapeutic, cadru (dispozitiv) și teorie. Două mari poziții teoretice se înfruntă în acest domeniu:

- psihoterapiile **în grup** care folosesc efectele grupului, ca stimularea fantasmatică și reducerea rezistențelor individuale, dar nu și fenomenele de grup (frecvent sunt grupuri deschise, animate de un cuplu, iar interpretările sunt individuale). În acest caz, grupul deschis, din cauza reînnoirii participanților, trezește emergența de tematici oedipiene legate de rivalitate;

- psihoterapiile **prin grup** care folosesc mai ales fenomenele de grup (grup închis, mai degrabă un singur psihoterapeut, interpretarea fenomenelor de grup și a reacțiilor individuale în fața grupului). Travaliul în grup operează o regresie și un efect de difracție a transferului, care ia în calcul dimensiunea relațională a fiecăruia, ca și influența structurării grupului asupra vieții interne a subiectului.

Dincolo de pozițiile teoretice, dispozitivul utilizat (păstrând în același timp aceleași referințe teoretice) variază în funcție de posibilitățile și nevoile copiilor, adică esențialmente în funcție de vârstă și patologie. Dar el este și reflexia

* Paragraf scris de J. B. Chapelier, conferențiar, UFR - Psihologic, Poitiers.

investiției terapeutului, a raportului său la grup cu tot ceea ce aceasta subînțelege drept componente personale și instituționale.

Înainte de a schița aceste diferite dispozitive, ni se pare important să reamintim mecanismele de grup care apar în grupurile de copii.

5.1. — MARILE MIȘCĂRI CARE STRUCTUREAZĂ GRUPURILE

Plecând de la un dispozitiv standardizat (grupuri închise de asociații libere fără mediator, în latență), am putut (J. B. Chapelier și P. Privat, 1987) să extragem liniile mari ale proceselor de grup generalizabile la un număr mare de grupuri de copii.

Crearea grupului și fenomenele arhaice: după o primă perioadă în care conținutul fizic este explorat și încercat, copiii, într-un haos îngrijorător, folosesc acest învăliș comun pentru a unifica grupul care poate atunci să se lase antrenat în mari regresii, amplificând fenomenul de dezinvidualizare în avantajul constituirii identității de grup. Această perioadă inițială este foarte angoasă pentru că grupul este traversat de fantasme arhaice de vid, de fragmentare în bucăți și de persecuție difuză. Este momentul în care, în fața acestor regresii, temerile sunt cele mai mari. Dar ceea ce este cel mai preocupant pentru membrii grupului este că acest risc de nediferențiere să nu fie conținut de un învăliș destul de solid. În această perioadă, ei își imaginează că aceste conflicte interne ar putea să determine o spargere a grupului și pun la încercare la fel de mult conținutul fizic (vorbesc tare, se deplasează, ating pereții, solu...) cât și capacitățile conținătoare ale terapeutului.

Avatarurile obiectelor rele: se observă apoi o perioadă dificilă în care climatul este greu și tensionat; membrii grupului caută să expulzeze „obiectele rele” sau mai exact, ceea ce generează o tensiune prea conflictuală și haotică. Din acest moment, ei încep să caute un țap ispășitor care să poată conține aceste gânduri rele. Ei caută printre ei acest țap ispășitor, până ce terapeutul își asumă la rândul său această funcție. El este mai întâi exclus din grup: este momentul în care copiii îl lasă singur. El devine atunci rapid locul de proiecție a tot ceea ce îi supără (astfel, poate să fie desemnat ca pubelă, loc de descărcare a gunoierului...). Când terapeutul a acceptat această funcție și dacă aceasta nu-l împiedică să continue să existe și să gândească, constatăm că grupul începe să funcționeze cu un nivel de angoasă evident mai mic și câștigă în coeziune.

Iluzia grupală: grupul accede atunci la o fază nouă în care toți membrii sunt asociați la unitatea de grup. Grupul devine un loc de restaurare narcisică într-o mișcare de idealizare, fiecare membru și grupul în întregul său sunt investite ca extensii ale eului. În acest moment de iluzie, toți membrii grupului neagă orice diferență, atât la nivelul sexului cât și al generațiilor, într-un spațiu aconflictual.

Asistăm atunci la o regresie către o fantasmă de grup omnipotent care retrimite la o megalomanie narcisică. Aceste mișcări se înrudeau cu fazele „iluziei grupale” descrise de D. Anzieu (1985); grupul se scaldă atunci într-un climat destul de jubilat și exuberant. Trebuie să remarcăm că, în acel moment, grupul devine obiectul libidinal principal (în locul psihoterapeutului).

Tematica oedipiană: foarte repede, omnipotența conduce la atotputernicia falică, care, proiectată asupra terapeutului, reintroduce frecvent într-o manieră violentă diferența dintre generații, inducând o problematică de castrare. O perioadă de depresie și de deziluzie se va deschide către o elaborare oedipiană care, pentru copilul la vârsta de latență, permite remanieri ale instanțelor mai ales la nivelul Supraeului. Prin sprijinul narcisic, grupul ajunge să compenseze atingerile narcisice legate de revelarea dorințelor oedipiene imposibile. În urma acestei faze de rediferențiere, individul își va recunoaște o dublă identitate: personală (cu remanieri identificatorii) și grupală.

În această tehnică, interpretările se referă într-un prim timp esențialmente la grup, terapeutul preocupându-se mai ales de buna structurare a grupului. Când fiecare copil și-a regăsit un loc diferențiat în sânul grupului, este posibil ca mai individual în sânul grupului.

5.2. — DISPOZITIVELE

Pe lângă grupurile de asociație liberă pe care le-am descris, există alte două forme de grupuri:

Psihodrama: în psihodrama de grup, copiii (Anzieu, 1979) joacă scene reale sau imaginare, pregătite în grup (terapeuții pot să intervină frecvent în joc). Acest joc dramatic mobilizează în mod natural jocul identificărilor și le pune la încercare. Dramatizarea conflictelor ajută nu doar la catharsis și la redescoperirea spontaneității (J. L. Moreno), ci și la o conștientizare a implicațiilor fantastice care infiltrează relațiile cu celălalt. Pe de altă parte, punerea în acțiune a corpului facilitează controlul pulsional și, prin participarea adulților, există o distanțare în raport cu imaginile Supraeului și deci o mai bună gestiune a conflictelor intrapsihice. Din punct de vedere grupal, tema inventată are valoare de metaforă a fantasmei și emoțiilor de grup, ceea ce eliberează într-o cantitate importantă tensiunile legate de conflictele interne (ale grupului, dar și ale individului). Dar prin aspectul său activ, psihodrama încurajează într-un anumit fel iluzia grupală a apărărilor maniaceale, ceea ce induce o altă formă de rezistență, mai ales la copiii mici (înainte de 8 sau 9 ani). Această tehnică este deci deosebit de utilă la preadolescență (10-13 ani).

Grupuri cu mediator: În aceste grupuri, terapeutul creează un spațiu propunând un mediator care poate să fie ori un obiect concret (jucărie, plastilină,

jocuri diverse, hârtie, creioane etc.), o activitate de mediere (psihopedagogie...) sau artistică (picturi, povești, muzică, pământ...). Mediatorul se situează la jumătatea drumului între realitatea exterioară și lumea internă a subiectului. El stimulează deci o activitate între imaginar și realitate, între individual și social. Acest dispozitiv tinde deci să reinstaureze o anumită transizivitate într-un spațiu tranzițional defectuos instaurat. Mediatorul trebuie să aibă drept calitate principală maleabilitatea (R. Roussillon, 1991) care permite copilului (prin creație) să reia o anumită inițiativă în relațiile sale cu mediul său extern. Acest tip de grup este în mod special indicat pentru a-i ajuta pe copiii al căror eșec se situează în principal în registrul tranziționalității (defecte de elaborare a funcției conținătoare, comportamente de control, retragere în pasivitate sau falie în organizarea gândirii...).

Aceste dispozitive pot să varieze pentru a se adapta la vârsta copiilor; astfel, de exemplu, încă de la ieșirea din maternitate este posibil să organizezi grupuri mamă-copil (J. Sikson, 1989) care au drept funcție să ajute mamele (frecvent izolate) să elaboreze separarea psihică mamă-bebeluș și să evite astfel instaurarea de legături simbiotice patologice. Sau, mai mult, la copiii mici (4-6 ani), sunt utilizate terapiile de grup prin joc. Aceste grupuri de cinci sau șase copii de aceeași vârstă utilizează în mod esențial o abordare psihanalitică a jocului. Materialul (jucării) trebuie să servească, după expresia lui S.R. Slavson (1953); „la activarea libidoului”. De aceea, jucăriile trebuie să poată fi utilizate într-o manieră simbolică și să dezvăluie preocupările inconștiente ale copilului.

5.3. — INTERESELE GRUPURILOR ÎN FUNCȚIE DE PATOLOGIE

Copiii nevrotici: tulburările de alură nevrotică se traduc cel mai frecvent prin dificultăți de învățare și printr-o carență fantasmatică. La vârsta aceasta, copilul caută să mențină refulate dorințele oedipiene, pe de o parte, și aspiră la o revalorizare narcisică, pe de altă parte. Această dublă mișcare complică relațiile care se instaurează în psihoterapia individuală. În schimb, grupul nu mobilizează dintr-o dată problematica oedipiană și, fiind investit ca obiect libidinal, el devine un susținător narcisic. Grupul care joacă rolul de a procura reprezentări, favorizează deplasările libidoului și punerea la distanță a reprezentărilor prea erotizate. Aceasta deschide ușa noilor investiții și sublimărilor, implicând procese de simbolizare. Organizarea nevrotică din această perioadă de latență este deci o bună indicație a acestei forme de grupuri terapeutice axată pe schimbul liber și care ia în considerare analiza dinamicii grupale.

Copiii cu o patologie abandonică: grupul, prin funcția sa conținătoare, furnizând o susținere funcțiilor de par-excitație deficitară, permite aplicarea sa

la patologii limită. Cu acești copii, travaliul în grup și, prin constituirea acestuia în calitate de spațiu care are un înăuntrul și un afară, permite să punem bazele unui învăliș conținător care să facă să apară un spațiu de gândire. Pentru acești copii care evită continuu să fie confrunțați cu o prăbușire depresivă, legată de frica pierderii obiectului, travaliul în grup, într-un prim timp îi dă copilului iluzia că nu va fi abandonat niciodată. Travaliul asupra obiectului-grup va permite recucerirea fantasmatică, grație iluziei grupale a obiectului matern idealizat (P. Privat, 1993). Într-un al doilea timp, travaliul în jurul deziluziei va putea să conducă puțin câte puțin la renunțare.

Copiii psihici: G. Haag (1987, 88, 93) și S. Urwand (1993) extind posibilitatea unei luări în îngrijire-grupală la copiii autiști și psihici grav. Grupul pare să faciliteze posibilitatea de a elabora, de a transforma, de a simboliza lumea obiectelor parțiale proiectate, în timp ce terapeutul singur cu copilul apare ca prea violent separat, mobilizând angoasele precoce de persecuție și intruziune. În grup, copiii se ajută să creeze și să exprime un gând primar care se organizează plecând de la senzorialitate (tactilă, sonoră, prin privire...). Intensitatea efectului-grup permite să lucrăm asupra limitelor și conținătorilor grupului, care vor putea fi introiectați în mod individual, întărind astfel unitatea foarte precară a acestui tip de copii.

Practica cu grupurile de copii nu se poate discuta fără să luăm în considerare interacțiunile posibile cu grupul familial și mediul instituțional. Astfel, grupurile nu ar trebui să înceapă înainte de a se fi creat un dispozitiv (grup de părinți, consultații preparatorii și de însoțire...), permițând să elaboreze împreună cu părinții afectele și sentimentele care sunt mobilizate de însăși ideea de grup.

În ceea ce privește instituțiile, ele întrețin relații foarte ambivalente cu grupurile terapeutice. G. Testemale și J.B. Chapelier (1983) au arătat cum, chiar prin esența lor, instituțiile erau retrămise de grupuri la contradicțiile lor interne. Grupurile terapeutice sunt într-adevăr trăite ca un fel de contra-instituții, repunând în cauză, fantasmatic, stabilitatea acestora.

6. — TERAPIILE INSTITUȚIONALE

În continuarea reflecțiilor conduse de psihiatri de adulți și a experiențelor lor (Tosquelles, Ey, Daumezon), s-au înmulțit progresiv abordările instituționale pentru îngrijirea adolescenților, mai întâi, apoi a copilului de vârstă mijlocie și, în sfârșit, a copilului mic (Lebovici, Mises etc.). Prin „terapie instituțională” desemnăm un dispozitiv de îngrijire plurifocal care organizează parțial sau total viața socială și educativă a copilului, dispozitiv în care sunt frecvent incluse

tratamente specifice. Dacă abordările terapeutice descrise anterior nu puseseră sub semnul întrebării cadrul de viață obișnuit familial și școlar al copilului, „terapia instituțională” se bazează în parte pe o schimbare a acestui cadru de viață obișnuit. Cadrul familial este menținut în „spitalul de zi” dar nu și cadrul școlar. Celelalte terapii instituționale pot să conducă la o separare între copil și familia sa; această alegere merge aparent în contra-curent cu interesele copilului: pericolozitatea separărilor multiple, a plasamentelor iterative a fost suficient subliniată (v. problema carenței afective, cap. 22. 1.).

Totuși, în unele cazuri, fie datorită patologiei familiale, fie din cauza unei dificultăți sociale majore, fie din cauza gravității patologiei copilului, o separare se dovedește necesară dacă vrem să evităm să vedem copilul fixându-se într-un deficit sau cufundându-se în patologie. Aceste separări și plasamente terapeutice nu au nici o legătură cu plasamentele pentru confortul familial din păcate încă prea frecvente. În practică, atunci când consultantul consideră cadrul familial prea inadecvat nevoilor copilului, alegerea se îndreaptă fie spre un plasament familial specializat, fie spre un internat terapeutic (IMP, IMPRO, Centru de observație etc.).

6.1. — SPITALUL DE ZI

Apărut în Franța în anii '65-'70, spitalul de zi constituie la ora actuală unul dintre instrumentele terapeutice esențiale al majorității Intersectoarelor de Pedopsihiatrie. Conduc de un medic, spitalul de zi este gestionat cel mai frecvent de un spital (uneori de o asociație privată cu scop nelucrativ). El primește copii și adolescenții direct (fără să treacă prin CDES) și are un preț pe zi în ceea ce privește plata.

Populația primită. — La început consacrate mai degrabă nivelului de vârstă 7-12 ani, spitalele de zi s-au diversificat și uneori s-au specializat în primirea și îngrijirea mai specifice pentru anumite vârste. Astfel, există spitale de zi pentru adolescenți (în general 12/13 ani și 18/19 ani) și spitale de zi pentru copii mici (cei mai mici posibil, dar frecvent plecând de la achiziția mersului: de la 13/18 luni până la 5/6 ani). Această specializare nu este posibilă decât în centrele urbane suficiente de importante.

În termeni de diagnostic, psihozele precoce și psihozele la adolescență reprezintă majoritatea indicațiilor (frecvent între 60 și 80%). Sunt primite și tulburări grave de personalitate (prepsihoze și/sau dizamonii), tulburări ale narcisismului și patologii abandonice, nevroze grave (mai ales la adolescență: fobie școlară, nevroză obsesională, etc.). În realitate, toate tulburările psihice

susceptibile să afecteze frecvența școlii și mai ales achiziția de cunoștințe, prezente în același timp cu existența unor semne patente de suferință psihică, sunt indicațiile potențiale pentru spitalul de zi. În schimb, spitalul de zi nu primește, cel puțin în teorie, copii debili atunci când această debilitate e izolată: acești copii sunt de resortul unei orientări CDES către filiere școlare sau instituții adaptate tip externat medico-psihologic (EMP). Dacă distincția e ușoară în cazurile simple: de exemplu, copil trisomic (EMP) și copil autist (spital de zi), în multe situații simptomele de suferință psihică și semnele deficitare sunt intricate și se întăresc reciproc.

Durata luării în îngrijire este frecvent cuprinsă între doi și patru ani, uneori mai mult, în funcție de patologie.

Organizarea materială. — În general de talie mijlocie, primind de la 25 la 30 de copii, spitalul de zi este deschis cinci zile pe săptămână, copiii rămânând în familia lor seara, în week-end-uri și o parte din vacanțe. Sunt organizate frecvent „locuri de viață”, în care un grup mic de copii (de la 4 la 8) se află împreună cu unul sau două cadre terapeutice numite referenți. Acest loc de viață reprezintă cadrul instituțional plecând de la care se ramifică diversele abordări terapeutice proprii fiecărui copil. El reprezintă un loc de socializare, de schimb cu grupul și de stabilire de repere sau limite.

Acțiunile terapeutice. — Dacă rare echipe au un proiect terapeutic riguros unificat în jurul unei abordări specifice (psihanalitică, de reeducare, comportamentală), în majoritatea cazurilor acțiunile terapeutice sunt multiple și plurifocale, orientate către:

- copilul însuși;
- părinți;
- grupul instituțional.

Nu vom detalia diferitele abordări terapeutice privitoare la copil. Ele sunt în mare parte explicitate în acest capitol. Poate să fie vorba despre psihoterapie propriu-zisă, frecvent de inspirație analitică. În funcție de simptome, pot fi propuse diferite „reeducări” (ortofonice, psihomotorie). Copiii sunt școlarizați în mici grupuri cu o pedagogie adaptată; în unele echipe sunt urmărite o reflexie și o căutare pedagogică, parte constitutivă a acțiunii terapeutice. Locul de viață constituie în sfârșit unul dintre mijloacele terapeutice prin organizarea spațio-temporală (ritmul zilelor, al săptămânii, reperare a locurilor numelor) și multiplele activități care sunt propuse (activități expresive tip mimă, desen, teatru, ludice, imaginative cum sunt atelierul de povești, de fotografie, de jurnalism). Plecând de la un caz concret, aceste ateliere sunt ocazia pentru fiecare copil, în funcție de posibilitățile sale, să ajungă mai întâi la o expresie idiosincronică, împărtășită de grupul de copii, apoi de cadrul terapeutic, a emoțiilor,

afectelor, dorinței, gândirii, într-un cuvânt, să învețe puțin câte puțin comunicarea. Tehnicile și conținutul fiecărui atelier variază aproape la infinit; virtutea terapeutică depinde înainte de toate de interesul cadrului terapeutic pentru acea tehnică particulară, de convingerea și dorința sa de a-l face pe celălalt să împărtășească o parte din acest interes și din această plăcere.

Travaliul cu familia este de asemenea important, fie că este vorba despre întâlniri informale (în fața ușii) la venire sau la plecare în fiecare zi, despre ședințele cu cadrele terapeutice sau, în sfârșit, despre grupul de părinți, mergând de la simplul grup de cuvânt care abordează problemele cele mai concrete la grupul terapeutic propriu-zis. Drumurile dus-întors ale copilului între spitalul de zi și familia sa reprezintă unul dintre elementele forte ale strategiei terapeutice. Există în mod necesar zone de opoziție, de alianță, de tăcere, de transgresiune, de supunere etc., care fiecare reprezintă o reluire transferențială a unui conflict psihic.

Travaliul instituțional de elaborare psihică constă într-o reluire a acestor ultime linii conflictuale: travaliu de grup indispensabil pentru a ajunge la o constituțizare a diverselor tipuri de relații stabile de copil și/sau părinții săi cu unul sau altul dintre cadrele terapeutice sau dintre copii. Acest transfer instituțional nu poate fi analizat decât în travaliu de grup: grup de pacienți, travaliu de sinteză al cadrelor terapeutice. De aceea, ședințele instituționale sunt indispensabile. Totuși o „bună” instituție veghează și ca aceste ședințe să nu afecteze într-un fel excesiv disponibilitatea și prezența adulților alături de copii.

Luare în îngrijire cu program scurt. — Aceste modalități de luare în îngrijire s-au înmulțit. Obiectivul lor este întotdeauna de a permite copilului să urmeze, în același timp, parțial (sau în totalitate) o școlarizare în cadrul normal și să beneficieze de o abordare terapeutică diversificată, așa cum am descris-o. Îngrijirile cu program scurt pot să precedă sau să urmeze (pre- sau postcură) admiterea în spitalul de zi sau să constituie timpul terapeutic principal (în special: unitatea de seară după școală). Principiul terapeutic este același ca și pentru spitalul de zi, dar redus la aproximativ două ore pe zi, 3-4 zile pe săptămână. Aceste modalități terapeutice se adresează unor copii capabili să urmeze o școlarizare normală sau parainormală: nevroză gravă, prepsihoză sau dizarmonie de evoluție cu menținerea investiției școlare etc.

6.2. — PRIMIREA FAMILIALĂ TERAPEUTICĂ

Ordonanța din 1 octombrie 1990 care vine să completeze diferite texte anterioare (Ordonanța din 28 august 1963 și decretul din 2 ianuarie 1997), reglementează organizarea și funcționarea serviciilor de primire familială

terapeutică, tip de plasament care vizează luarea în îngrijire terapeutică a persoanelor suferind de tulburări psihice într-un mediu de substituție stabil, în vederea unei restaurări a capacităților lor relaționale și a autonomiei lor.

Scopul acestei primiri familiale este de a oferi unui copil care are dificultăți proprii (copii psihici) sau părinți patologici (părinți psihici, debili profunzi) un mediu natural în care el va putea beneficia de un climat afectiv și educativ stabil, călduros, cât mai apropiat de cadrul social normal.

Organizarea materială. — Ea este definită de ordonanțele și decretale citate mai sus. În funcție de numărul de copii pentru care primirea familială terapeutică este agreată, este precizat un număr de ore de lucru pentru cadre cu statut intermitent. O primire familială terapeutică necesită o echipă de încadrare a asistentelor maternale, echipă care cuprinde: un psihiatru, un psiholog, eventual un psihoterapeut, un educator specializat, un asistent social, o secretară. Un local, a cărui arhitectură este de asemenea definită prin decret, regroupează activitățile de consultație și secretariat. Asistențele maternale recrutate percep un salariu. Ele nu pot să primească mai mult de doi copii. Un preț pe zi de copil este fixat prin convenție între plasamentul familial și DASS.

Selecția familiilor. — Această selecție este sarcina esențială a oricărei primiri familiale terapeutice. Majoritatea echipelor recurg la întrevederi repetate cu mai mulți specialiști astfel încât să multiplice *unghiurile de vedere*. Întâlnirea cu asistența familială, dar și cu soțul, sunt necesare, atât în localul primirii familiale terapeutice cât și la domiciliul familial.

Criteriile de selecție se dovedesc foarte delicate de precizat dacă vrem să depășim nivelul unei impresii subiective globale, a unei contra-atitudini de ansamblu pozitive sau negative. Unele criterii de refuz sunt ușor de discernut: neînțelegere de cuplu sau dezacord evident asupra primirii unui copil handicapat în cămin, tinerețe extremă sau vârstă prea înaintată (să încredințezi un copil unui cuplu ai căror membri au depășit 50 de ani implică apariția probabilă a unei rupturi, încă de la începutul unui plasament presupus a evita aceste rupturi), cadru de viață prea defavorabil (lipsă evidentă de igienă), frăție de primire prea numeroasă sau ostilă: copiii de aceeași vârstă sau mai mici decât copiii în plasament pot fi la originea unor conflicte de rivalitate insurmontabilă. În schimb, prezența copiilor mai mari poate să constituie un factor pozitiv excelent când acești copii l-au acceptat pe noul venit.

Motivațiile familiilor de a lucra cu copii handicapați sunt de două feluri: psihologice sau financiare.

— *Motivațiile psihologice* se polarizează frecvent în jurul unei dorințe de reparație și/sau nevoie de idealizare. Prezența unui copil anormal în antecedentele familiale ale unuia sau altuia dintre părinți nu este rară. În alte cazuri, copilul

handicapat vine să ia locul unui copil decedat. Alături, motivația aparentă e legată de o imagine ideală a familiei terapeuțice sau este acoperită de un discurs moralizant (să-i ajutăm pe acești copii...).

— *Motivațiile financiare* nu trebuie devalorizate, mai ales dacă se sprijină pe un demers rațional.

În toate cazurile, echipa se va sprijini mai mult pe conduitele reale ale familiei decât pe natura motivației sale: organizarea sa arată oare un interes real pentru copii, este inserția în țesutul social favorabilă, familia cu idealuri înalte și altruiste le va pune ea oare în practică în participări la unele activități, cluburi? Gradul de mobilizare evaluat de interviurile de investigație este oare satisfăcător?...

Un interval de timp rezonabil între cererea familiei și răspunsul echipei, ședințe de sinteză aducând diferite clarificări, ajută la luarea unei decizii întotdeauna dificile. Odată familia aleasă de echipă, un serviciu specializat al DASS confirmă această alegere.

Indicațiile sunt greu de formalizat pentru că ele depind mult de capacitățile de primire proprii fiecărei familii, capacități pe care echipa învață puțin câte puțin să le cunoască. Astfel, unele familii fac dovada unei competențe uimitoare cu copii psihici, altele cu copii abandonici, altele cu copii instabili...

Primirea Familială Terapeuțică (PFT) este unei specializări într-un tip de patologie la copil sau la părinți: PFT pentru copii autiști sau psihici, PFT pentru copii cu părinți bolnavi mintali, PFT pentru copii victime ale abuzurilor fizice...

În general, vârsta copilului e importantă: primirea familială terapeuțică are cu atât mai multe șanse să fie benefică cu cât copilul este mai mic. Dincolo de 8-9 ani, deși această limită nu este absolută, beneficiile pe care copilul poate să le aibă sunt mai mici.

Copilul în situație de carență afectivă gravă reprezintă evident o indicație excelentă. Prea frecvent acești copii sunt plasați de Ajutorul Social pentru Copii (v. capitolul: *Copilul și serviciile sociale*) în plasamente de îngrijire simple și suferă prea multe schimbări datorită comportamentului lor dificil: într-adevăr, nu există copil grav carentat care să nu dezvolte conduite deviante (reacție de retragere, balansare, opoziție etc.); dacă doica nu este încadrată și nici susținută de echipa specializată, eșecul e frecvent, reîntărind atunci patologia copilului.

Cazuri particulare. — Primirea Familială Terapeuțică, prin căldura schimburilor afective pe care le propune și inserția într-un cadru social normal, este utilizată din ce în ce mai frecvent, chiar pentru staționări temporare. Există astfel familii de primire la sfârșit de săptămână (primire familială terapeuțică cuplată cu un internat), familii de postcură (pentru toxicomani), familii de găzduire

tranzitorie etc. Toate aceste plasamente familiale își găsesc un loc de predilecție în toate tentativele de explozie instituțională și/sau de inserție a copiilor sau a adolescenților.

6.3. — PLASAMENTELE ÎN INSTITUȚII

Plasamentul terapeuțic în instituție nu trebuie să fie nici un depozit azilar, nici un loc de găzduire al cărui obiect esențial ar fi să gestioneze cât mai bine carențele copilului.

Plasamentul terapeuțic își propune, grație stabilirii unui nou cadru de viață, să analizeze conflictele pe care le trăiește copilul și care limitează posibilitățile sale. Odată efectuată această analiză, instituția își propune, prin stabilirea de noi modele relaționale, să dea copilului mijloacele de a elabora, apoi de a-și învinge conflictele și de a relua o dezvoltare maturativă satisfăcătoare.

Instrumentul esențial al travaliului în instituție, pe lângă abordările terapeuțice centrate pe copilul însuși (abordare educativă, reeducare instrumentală, psihoterapie...) este reprezentat de travaliul de elaborare care are loc în cursul sintezelor.

Sinteza are un dublu obiectiv de regrupare a informațiilor și de evaluare a modurilor de interacțiune între adulți cu privire la un copil. Într-adevăr, în cursul sintezelor, cei implicați pe lângă un copil își pun în comun informațiile asupra vieții copilului în instituție, progresele sau regresele sale, contactele cu familia, ieșirile etc. Dar acest nivel de informație nu constituie decât un prim nivel: cu ocazia acestor schimburi, adulții pot să aibă experiența unor conflicte, a opoziției, a dezacordului, a rejecției, a protecției... sentimente care traduc natura relației lor cu copilul, contra-atitudinile suscitute de conflictele copilului însuși și, în sfârșit, protecția asupra echipei terapeuțice a acestor asemenea conflicte: aceasta se observă îndeosebi în cazul copiilor psihici.

Capacitatea terapeuțică a instituției se evaluează frecvent după capacitatea sa de reflexivitate, respectiv capacitatea sa de a percepe în conflictele care o animă partea care provine din patologia copiilor și partea inevitabilă din conflictele proprii adulților. Distincția dintre aceste două planuri este necesară pentru ca contra-atitudinile adulților să nu repete într-o manieră sterilă conduitele parentale cele mai patologice. Aceasta se dovedește cu atât mai important când copiii sunt profund perturbați, cum este cazul copiilor autiști sau adolescenților psihopați.

Indicațiile plasamentelor instituționale terapeuțice sunt imposibil de precizat pentru că ele depind tot atât de mult de instituția însăși, de capacitățile momentane

de primire, cât și de grupul de copii și de posibilitățile de a introduce un nou venit. Fiecare instituție evoluează cu timpul, își schimbă „profilul de recrutare” în funcție de membrii săi.

În Franța, autori ca Racamier, Tosquelles, Paumelle, Lebovici, Diatkine, Misès au abordat rolul instituției, funcția sa terapeutică, în special locul psihanalizei instituționale. În țările anglo-saxone, instituțiile funcționează mai frecvent pe modelul teoriilor sistemice (v. cap. 27, 4.2.).

Pentru cadrul juridic al diverselor instituții vom trimite cititorul la capitolul *Copilul și serviciile sociale*, cap. 26, 3.

7. — PRESCRIPTIILE DE MEDICAMENTE

Utilizarea medicamentelor în psihiatria copilului e foarte limitată. Dar, cum declară foarte just Simon: „faptul că acest loc este limitat e mai degrabă satisfăcător, faptul că este prost delimitat e mult mai puțin satisfăcător”. Într-adevăr, utilizarea medicamentelor se sprijină cel mai frecvent pe criterii foarte empirice, fără studii farmacologice veritabile asupra copilului însuși. Această lipsă de rigoare se explică în parte prin mai mulți factori, chiar dacă ei nu trebuie să o justifice:

- *Specificitatea domeniului pedopsihiatriei în raport cu psihiatria adultului* ca și utilizarea de categorii conceptuale identice ca terminologie, dar nu și neapărat în ceea ce privește conținutul. Două exemple pot să ilustreze acest decalaj între cadrul semiologic și/sau nosografic adult și cadrul propriu copilului:
 - psihoza la copil, care grupează ansambluri semiologice și sindromice foarte diferite unele de altele și oricum foarte diferite de psihozele adultului: v. în această privință scurtul rapel istoric asupra psihozelor copilului, cap. 16,
 - depresia la copil care, deși utilizează aceeași terminologie ca cea a adultului, oferă un cadru semiologic complet diferit (v. discuția teoretică asupra depresiei copilului, cap. 18, 1.).

Or, majoritatea psihotropelor sunt experimentate mai întâi în clinica adultului și clasate în marile rubrici (neuroleptice, antidepresive, anxiolitice...) în funcție de nosografia proprie adultului: clasa antidepresivelor este în acest sens o ilustrare caricaturală a dificultăților întâlnite în raportarea din clinica copilului a cadrelor conceptuale stabilite în altă parte.

– *Absența modelelor experimentale* care să corespundă principalelor tulburări observate în clinica infantilă face încă și mai aleatorie utilizarea medicamentelor: nu există nici un model animal al patologiei funcțiilor instrumentale, nici al vastei probleme a debilității. Începem, cu greu, prin studiul neurotransmițătorilor,

să putem provoca comportamente animale care evocă de foarte departe unele conduite psihotice sau unele stări hiperkinetice. Dar este încă drum lung de la modelul experimental la constatări clinice.

– *Lipsa de rigoare* a majorității studiilor farmacologice efectuate asupra copilului handicapat. Aceasta se datorează lipsei standardizării în culegerea simptomelor și a rezultatelor și în selecția bolnavilor, lipsei de cunoștințe farmacocinetice la copilul mic (marile funcții metabolice, mai ales hepatice, sunt foarte diferite la copil și la adult). Probleme atât de simple ca posologia sau doza eficiente sunt de abia atinse la copilul mic.

– *Problemele etice*, în sfârșit, ridică întrebarea informării necesare a familiilor și a colaborării lor pentru studiile controlate cât mai riguroase posibil.

Inventarul rapid al produselor folosite cel mai mult în pedopsihiatrie, propus mai jos, nu are decât o valoare indicativă și nu înlocuiește lectura unui manual de psihofarmacologie (Rosenberg, 1994; Senon, 1995).

Principalele clase de medicamente folosite sunt neurolepticele, psihostimulantele, antidepresivele și anxioliticele.

7.1. — NEUROLEPTICELE

Nu există produse „rezervate” copilului și nici indicație specifică. Neurolepticele cu efect sedativ (tioridazin: Melleril; cyamenazin: Tercian, Levomepromazină: Nozinan) sunt probabil cele mai utilizate. Posologiile sunt foarte variabile de la un copil la altul și, pentru o posologie identică în mg/kg/zi, valorile plasmatiche par mai mici la copil decât la adult. Indicațiile sunt foarte diverse: hiperactivitate, tulburări ale conduitelor cu sau fără retard mintal, autism și psihoză infantilă, ticuri cronice și boala lui Gilles de la Tourette, stare de agitație... dar se referă întotdeauna la tulburări majore care afectează capacitățile de socializare și de adaptare la contextul de mediu. Este vorba în mod esențial de prescrierea cu **scop simptomatic**. Dacă efectul imediat este adesea apreciabil, în schimb un fenomen de scăpare după 3-6 luni de prescriere este destul de frecvent. Aceste produse ar trebui deci să fie utilizate pe perioade limitate de timp (maximum 1-2 luni), neezitând să oprim tratamentul pentru a verifica dacă menținerea lui apare ca justificată. Ca și al adult, ar trebui să ne mulțumim cu doza minimă eficientă. Complicațiile secundare ale neurolepticelor, mai ales diskineziile tardive, nu au făcut obiectul unor publicații particulare în cazul prescrierii la copil.

7.2. — PSIHOSTIMULANTELE

Aceste produse foarte utilizate în țările anglo-saxone au fost mult timp respinse în Franța, dar metilfenidatul (Ritaline) a obținut recent autorizația pentru indicația „hiperactivitate la copil”. Regulile de prescriere sunt detaliate în cap. 20, 4.4.

7.3. — ANTIDEPRESIVELE

Doar antidepressivele triciclice (amitriptilină, clomipramină, imipramină) au autorizația de punere pe piață pentru indicația „enurezis” la copilul de mai puțin de 15 ani. În indicația „depresia copilului” foarte puține studii au fost conduse după criteriile metodologice actuale (v. cap. 18, 6.3.). Antidepressivele triciclice au fost utilizate în tulburările anxioase grave ale copilului (anxietate de separare, fobie școlară) și tulburările obsesiv-compulsive cu rezultate încurajatoare (Mouren-Siméoni, 1991). Utilizarea de IMAO este excepțională. Inhibitorii recaptării serotoninei încep să facă obiectul protocoalelor de studiu (Emslie, 1997) dar aceasta rămâne în stadiul de cercetare.

7.4. — TIMOREGLATOARELE

Ele au fost propuse în tulburarea bipolară și în psihozele distimice, cu rezultate uneori satisfăcătoare (litiu, carbamazepin, valpromid). Dar nu există practic nici un studiu de cohortă, publicațiile nediscutând decât de câteva cazuri excepționale.

7.5. — ANXIOLITICELE ȘI HIPNOTICELE

Benzodiazepine sau non-benzodiazepine, anxioliticele sunt substanțele psihotrope cele mai prescrise la copil de către medicii generaliști și într-un grad mai mic de pediatri și pedopsihiatri. Multe substanțe dispun de autorizarea oficială de prescriere la copil, cu indicații mai degrabă vagi, în timp ce studiile farmacologice riguroase sunt rare. Nu există date precise cu privire la indicații, toleranță și „regulile bune” de prescriere. Din cauza unui metabolism hepatic mai activ la copil, aceste produse au în general un timp de înjumătățire plasmatic diminuat în raport cu adultul. În ceea ce privește efectele secundare, ele sunt analoge cu cele observate la adult dar totuși să semnalăm:

- sentimentul de oboseală, amețea, scăderea vigilenței care pot altera performanțele școlare;
- reacțiile paradoxale de dezinhibiție, impulsivitatea, agresivitatea;
- problema dependenței cu apariția toleranței (impunând creșterea dozei pentru a obține același efect anxiolitic) și a unei reacții de sevraj la oprire, cu o revenire a simptomatologiei inițiale.

Pentru ansamblul acestor motive, anxioliticele nu ar trebui să fie prescrise la copil decât excepțional. Majoritatea acestor produse nu au făcut de altfel proba eficacității lor **durabile** și **stabile** în patologiile anxioase grave (hiperanxietate, tulburare de panică, fobie socială și școlară, stare de stress post-traumatic...) și le este frecvent preferată prescrierea de antidepressive (v. mai sus).

În ceea ce privește tulburările de somn, aceste simptome nu ar trebui, cu excepții rarissime, să justifice o prescriere medicamentoasă de somnifere (aparținând în general clasei antihistaminicelor fenotiazinice) așa cum este din păcate prea frecvent cazul, mai ales la copilul mic.

Aceste prescripții sunt frecvent făcute la cererea părinților pentru ca ei însăși să poată dormi (ceea ce este o cerere cu totul respectabilă dar la care nu este indispensabil să răspundem printr-o prescripție... pentru copil) sau pentru a „calma” copilul agitat, zi și noapte. De altfel, nu e excepțional ca ele să fie ulterior urmate de părinți, putând să conducă la efecte de obișnuință și de dependență.

Unele tulburări de somn particulare pot beneficia de o prescripție specifică, dar este vorba mai frecvent de produse aparținând clasei antidepressivelor (de exemplu amineptina pentru somnambulism) sau unei clase specifice (de exemplu modafinil în sindromul Gelineau).

BIBLIOGRAFIE

- ANZIEU D.: *Le psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescent*. PUF, 1979, Paris.
- ANZIEU D.: *Le groupe et l'inconscient*. Dunod éd, Paris, 1985.
- BARANDE I., BOURDIER P., DAYMAS-LUGASSY S.: *Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent*. EMC, Paris, 1970, *Psychiatrie*, 37818 A.10.
- BERGER M.: *Les séparations à but thérapeutique*. Privat éd., Toulouse, 1992, 1 vol.
- BERGES J., BOUNES M.: *La relaxation thérapeutique chez l'enfant*. Masson éd., Paris 1979, 1 vol.
- BOLLAND J., SANDLER J.: *Psychanalyse d'un enfant de deux ans*. PUF, Paris, 1973.

- CHAPELIER J.B., AVRON O., PRIVAT P.: Groupes: un ou deux psychothérapeutes. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1985, 1-2, 85-101.
- HAAG G.: Les petits groupes analytiques d'enfants autistes et psychotiques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1987, 7-8, 73-87.
- HAAG G.: Aspect du transfert concernant l'introjection de l'enveloppe en situation analytique individuelle ou groupale. *Gruppo*, 1988, 4, 71-86.
- HAAG G., URWAND S.: Entre objet partiel et objet total. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1993, 20, 75-85.
- LEBOVICI S.: A propos des thérapeutiques de la famille. *Psychiatrie enfant*, 1981, 24, 2, 541-583.
- MALE P., DOUMIC-GIRARD A., BENHAMOU F., SCHOTT M.C.: *Psychothérapie du premier âge*, PUF, Paris, 1975.
- MAZIADÉ M.: Les bases théoriques de la thérapie familiale. *Neuropsych. de l'Enfant et de l'Adolesc.*, 1980, 28, 6, 253-258.
- MISES R., BAILLY-SALIN H.J., BREON S., FEDER F., FORTABAT J.L., GILBERT E.: *La cure en institution: l'enfant, l'équipe, la famille*, ESP, Paris, 1980, 1 vol.
- MOUREN-SIMEONI M.C.: *La psychopharmacologie chez l'enfant*. PUF éd., Paris, Col. Nodules, 1991, 1 vol.
- MOUREN-SIMEONI M.C., VILA G., VERA L.: *Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent*, Maloine éd., Paris, 1993, 1 vol.
- NUMERO SPECIAL: Hôpital de jour et structures à temps partiel. *Neuropsychiatr. de l'Enfant et de l'Adolesc.*, 1988, 8-9, 299-378.
- PRIVAT P.: L'enfant, l'objet et le groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1993, 20, 51-60.
- PRIVAT P. et coll.: *Les psychothérapies de groupe d'enfants au regard de la psychanalyse*, Clancier-Guenaud, Paris, 1989.
- PRIVAT P., CHAPELIER J.B.: De la constitution d'un espace thérapeutique groupal. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1987, 7-8, 7-28.
- ROSENBERG D.R., MOLTUM J., GERSHON S.: *Textbook of pharmacotherapy for child and adolescent psychiatric disorders*, Brunner/Mazel Publ., New York, 1994, 1 vol.
- ROUSSILLON R.: *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, PUF, Paris, 1991.
- SELVINI-PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G., PRATA G.: *Paradoxe et contre-paradoxe*, ESF, Paris, 1980.
- SENON J.L., SETCHER D., RICHARD D.: *Thérapeutique psychiatrique*, Hermann éd., Paris, 1995, 1 vol.
- SISKOU J.: Enrichissements mutuels et restauration narcissique en groupe de mère avec bébés. In: PRIVAT P. et coll., *Les psychothérapies de groupe d'enfants au regard de la psychanalyse*, Clancier-Guenaud, Paris, 1989, 174-189.

SIMON P.: Pharmacologie et psychiatrie de l'enfant. *Psychiatrie de l'Enfant*, 1978, 21, 1, 319-325.

SLAVSON S.R.: *Psychothérapie analytique de groupe*, PUF, Paris, 1953.

TESTEMALE G., CHAPELIER J.B.: Groupes thérapeutiques et institutions soignantes. *Bulletin de Psychologie*, décembre 1983, 37, 145; 195-204.

URWAND S., HAAG G.: Premières identifications et enveloppe groupale. *Dialogue*, 1993, 120, 63-75.

WIDLOCHER D.: *Le psychodrame chez l'enfant*, PUF, Paris, coll. Paidéia, 1979.

INDEX

A

abandon 43, 124
 abandonic 83, 580, 608, 610, 615
 abandonism 391
 abuzuri fizice 521, 529, 536, 537
 abuzuri sexuale 529, 542, 543, 547
 acomodare 32, 34
 acordaj 55, 56, 60, 61, 63
 adicție 216, 603
 adopție 549, 550, 551, 552, 553
 agitație 37, 89, 195, 237, 238, 241, 323,
 325, 342, 348, 350, 351, 360, 366,
 385, 386, 388, 391, 398, 488, 512,
 515, 533, 536, 617
 agresiune 29, 172, 229, 232, 233, 237,
 238, 240, 444, 497, 516
 ajutor social pentru copii 506, 530, 538-
 540, 556, 557
 amfetamine 24, 231, 431, 434, 435
 angoasă 46, 48, 73, 105, 107-111, 156,
 195, 197, 209, 220, 233, 237, 257,
 309, 317, 322, 326, 331, 332, 337,
 342, 350, 351, 352-360, 362, 395,
 402, 412, 420, 426, 442, 459, 469,
 471, 488-490, 516, 546, 580, 599,
 601, 606
 - de castrare 354-356, 377, 514
 - de figura străinului 350, 356
 - de separare 59, 348, 352, 355-357,
 445, 487-490
 - de străin 156

anorectic 387, 411, 469

anorexie 153, 154, 157, 158, 162, 275,
 310, 322, 350, 413, 418, 421, 425,
 461, 529, 547, 577, 601, 607

- precoce 153, 322, 599

antidepressive 616-619

anxietate 29, 58, 96, 111, 119, 124, 125,
 127, 148, 155, 170, 173, 278, 312,
 318, 349, 350, 351, 352, 353, 360,
 368, 374, 409, 411, 413, 420, 436,
 442, 446, 451, 462, 471, 487, 489,
 491, 511, 518, 523, 537, 545, 552,
 553, 590, 603, 619, 620

- de separare 489, 618

anxioase 490, 519, 618, 619

anxiolitice 343, 434, 616-619

apărare maniacă 73, 336

arie tranzitională 51, 108

asimilare 27, 32, 34, 68

asistentă educativă 556

atac de panică 350

atașament 153, 213, 315, 356, 368, 384,
 390, 459, 460, 462, 465, 540

- anxios 357, 461

atenție 24, 37, 55, 96, 126, 134, 161, 181,
 200, 231, 273, 276, 298, 311, 337,
 342, 351, 367, 386, 388, 430, 431,
 432, 433, 442, 451, 464, 524, 525,
 532, 572, 594

- împărțită 62

audijie 88

autism 49, 65, 96, 157, 252, 267, 268,
 286, 305, 306, 310, 312-318, 320,
 321, 323, 327-329, 337, 340, 343-
 346, 464, 467, 496, 560, 617

autist 49, 62, 63, 139, 212, 224, 227, 268,
 271, 277, 299, 305-319, 323, 324,
 326, 330-333, 335, 337-339, 342,
 344-346, 413, 497, 575, 611, 620

autoutilări 240, 241

B

bălbăială 71, 120, 146, 373, 455

Bender 121, 181, 305, 317, 320, 321,
 327, 432, 456, 463

beneficii secundare 167, 174, 418, 581

Benton 182

bilingvism 133, 481, 504-506

bipolar 324, 325, 381, 385, 389, 398, 399,
 404-406, 618

Blindism 271

blindism 271

boală 68, 127, 240, 255, 256, 272, 280,
 284, 295, 296, 298, 350, 358, 360,
 366, 381, 388, 395, 397, 401, 413,
 415, 446, 451, 463, 485, 488, 510,
 511, 514, 515, 517, 518, 520, 523,
 543, 558, 574, 602

- bipolară 399

- Gilles de la Tourette 127, 362, 617

- gravă 397, 510, 514, 516

- Wilson 279

bulimie 160, 387

C

CAMSP 559, 569, 570, 574

capacitate de revenire 68

carență 128, 167, 172, 210, 212, 390,

391, 402, 412, 456-458, 460, 461,
 463, 531, 534, 553, 608

- afectivă 162, 210, 234, 241, 317,
 421, 456, 457, 462, 474, 524, 531,
 550, 614

- gravă 554

cariotip 284

castrare 44, 159, 254, 354, 356, 357, 375,
 377, 443, 511, 514, 516, 607

CAT 92

CDES 495, 496, 508, 558, 610, 611

cecitate 268, 270, 329, 366

cefalee 215, 281, 368, 407, 408, 410, 420,
 434, 488

clasificare 34, 74, 79, 93, 94, 95, 188,
 218, 219, 225, 264, 265, 317, 353,
 385, 392, 398, 409, 487, 578

clivaj 46, 73, 220, 317, 332, 336, 338,
 355, 377, 382, 426, 427, 444, 465,
 598

CMP 493, 559, 569, 570, 571, 602

CMPP 493, 559, 570

cogniție 38

competență 53, 54, 55, 78, 182, 192, 270,
 342, 441, 447, 448, 449

complexul oedipian 40, 44, 72

comportament 18, 20-23

condiționare operantă 26, 127, 590

conduită 52, 67, 68, 70-72, 74, 77, 101,
 116, 122, 125, 128, 134, 145, 155,
 156, 160-162, 190, 191, 195, 205,
 206, 210-213, 226, 227, 230-233,
 240, 241, 252, 257, 316, 317, 323,
 336, 338, 355, 363, 374, 388, 393,
 394, 399, 400, 429, 433, 450, 474,
 490, 514, 538, 545, 565, 566, 579,
 580, 581, 587, 590, 599

- fobică 169, 566

conflict oedipian 72, 74, 592

consiliere parentală 343, 402, 597, 600
 consultația terapeutică 85, 584, 593
 conversii 358, 365, 366, 368
 copil autist 335, 611
 coping 444, 447, 448
 coprofagie 162
 crampa scriitorului 119
 cromozom X 271
 cromozomial 185, 248, 249, 272, 276, 328, 496
 coșmaruri 244, 373, 387, 391, 442, 445, 489, 533, 545
 culpabilitate 46, 109, 124, 167, 209, 210, 238, 243, 255, 256, 267, 350, 370, 374, 387, 389, 391, 396, 397, 415, 443, 470, 471, 511-519, 523, 533, 534, 537, 544-546, 553, 554, 600
 cuminte 227, 310, 312, 386, 415, 445
 curiozitate sexuală 251

D

debilitate mintală 158, 277, 390, 478, 485
 debilitate motorie 77, 119, 120, 436
 deficiență mintală 189, 263, 280, 285, 544
 delir 77, 109, 160, 208, 212, 259, 305, 325, 326, 367, 463-465, 485, 547, 597
 – indus 464
 deplasare 49, 62, 72, 104, 110, 112, 128, 136, 178, 183, 357, 361, 368, 375, 382, 458, 462, 484, 487, 510
 depresiv 43, 46, 47, 52, 53, 61, 63, 73, 107, 124, 137, 159, 227, 243, 251, 270, 325, 336, 337, 340, 350, 351, 356, 375, 381, 383-385, 387-89
 desen 34, 92, 93, 119, 121, 126, 140, 181, 226, 244, 311, 324, 369, 387, 416, 445, 446, 510, 513, 582, 584, 592, 594, 599, 611
 destructurare 78, 225, 322, 324
 detașare 29, 217, 383, 445, 459
 devalorizare 169, 243, 342, 350, 382, 386, 388, 396, 461, 533, 545
 dezinteres școlar 469
 dialog tonic 35, 55, 116
 dificultăți 19, 23, 61, 62, 72, 74, 82, 88, 94, 95, 106-109, 114, 116, 117
 dinamic 39, 68, 71, 124, 195, 241, 364, 370, 378, 397, 407, 425, 428, 462
 discalculie 478, 483, 484
 discordanță 76, 323, 579
 disgrafie 484
 dislexie 142, 143, 144, 145, 483
 – disortografie 74, 137
 disperare 29, 309, 383, 384, 390, 459, 466
 dispraxie 119, 139, 144, 281, 314, 373, 427, 436, 484, 525
 distimie 396, 533
 divorț 83, 212, 335, 420, 455, 468, 469, 473, 490
 dizarmonice 76, 192, 195, 243, 428
 dizarmonie 74-76, 424, 428, 571, 579, 603
 – cognitivă 194, 428
 – de evoluție 124, 428, 612
 – psihotică 317
 dopamină 24
 dopaminergic 24
 Down 272
 dublă legătură 335
 durere 52, 132, 392, 417, 512, 513, 519

E

ecolalie 127, 132, 308

economic 71, 72, 137, 167, 185, 190, 196-199, 212, 221, 238, 242, 259, 263, 272, 354, 359, 361, 364, 365, 370, 372, 390, 397, 410, 425, 430, 442, 444, 447, 460, 462, 473, 478, 481, 485, 503-506, 508, 521, 525, 531, 532, 534, 539, 551
 encefalie 279
 encefalopati 280, 284, 289, 291, 294, 295, 296, 298, 311-315, 319, 324, 457, 522, 525, 536, 553, 559
 encoprezis 165, 169-174, 391, 421, 488
 enurezis 106, 111, 124, 128, 149, 158, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 291, 373, 374, 389, 391, 403, 421, 432, 459, 570, 590, 618
 epidemiologie 70, 71, 164, 196, 213, 252, 263, 351-353, 362, 388, 393, 444-447, 460, 465, 478, 487, 520, 527, 542, 546
 epidemiologie 94, 288, 308, 366
 epigeneză 18
 epilepsie 87, 277, 283, 285, 288-300, 314, 315, 418, 541
 eșec școlar 74, 121, 124, 158, 200, 201, 281, 369, 387, 427, 450, 471, 478, 481, 482, 492, 506, 508, 570, 571, 589
 etologie 27, 28, 29, 54, 61, 237
 Eu 46, 48, 296, 337, 338, 361, 367, 370, 472, 581, 598
 exhibiționism 255, 542, 543

F

factori de risc 441, 446, 447, 449, 451
 fals self 51, 71, 425, 426, 566
 familie 53, 56, 67, 83, 84, 93, 94, 113, 118, 122, 124, 126, 131, 133, 136,

149, 154, 168, 173, 197, 198, 199, 200, 207, 208, 212, 214, 215, 224, 237, 242, 250, 251, 259, 263, 270, 272, 273, 285, 301, 304, 320, 321, 322, 323, 335, 351, 362, 386, 398, 400, 411, 415-417, 422, 446, 447, 451, 453, 454, 460, 461, 468, 469, 473, 474, 478-480, 489, 491, 495, 497, 500, 503, 504, 506, 515-518, 521, 532, 535, 538, 539, 541-544, 547, 548, 551, 553, 554, 556, 560, 570-572, 575, 579, 581-585, 593, 597, 599, 600, 603-605, 614
 fază 25, 43, 46, 49, 71, 102, 103, 106, 111, 147, 153, 170, 222, 235, 236, 251, 258, 281, 338, 341, 343, 363, 376, 383, 384, 390, 425, 460, 516, 517, 592, 606
 fenilcetonurie 279, 328, 331
 fetișism 257
 figură impasibilă 56, 60
 filogeneză 18, 19
 fobie 71, 108, 195, 348, 354, 359-362, 413, 464, 591, 599
 – școlară 212, 351, 412, 478, 487, 488, 518, 610, 618
 – simplă 351, 352
 – socială 351, 352, 359, 369, 373, 619
 – à deux 464

fratție 82, 92, 169, 199, 282, 326, 327, 395, 397, 421, 425, 462, 473, 506, 534, 581, 582, 596, 599, 604, 613
 frustrare 41, 42, 46, 52, 77, 92, 128, 145,

hipocondriac 161, 325, 326, 348, 358,
359, 368, 373, 469, 471, 523
hipotonie 278, 284, 310, 522
holding 50, 339
hospitalism 48, 185, 196, 317, 319, 327,
383, 390, 391, 456-458, 474, 513
469, 545, 554

funcție parentală 546

furie 139, 230, 237, 309, 323, 348, 351,
360, 384, 386, 389, 391, 399, 401,
462, 486, 515, 516, 526
furt 77, 190, 204, 207-211, 239, 360,
388, 389, 450, 451, 469

G

galactozemie 279

gângurit 36, 132, 265, 310, 390

Gelineau 619

gemeni 144, 185, 256, 290, 327, 448, 466

genetica 326, 327

- psihozelor 326, 327

- psihozelor precoce 326

Gerstmann 484

Gilles de la Tourette 127, 129, 362, 433,
617

grand mal 291-294, 298

grupuri 74, 179, 238, 298, 435, 481, 490,
571, 605-609, 611

H

halucinație 289

handling 50, 339

hiper anxietate 350, 351, 352, 353, 619

hiperkinezie 431

hipermaturitate 78, 428, 464, 465, 472,
518, 519

hipersomnie 113, 114, 115

hipertonic 457

391, 401, 425, 430, 431, 436, 450,
464, 472, 483, 486, 526, 533, 537,
570, 579, 588, 589
- psihomotorie 122, 128, 403
instituție 128, 253, 272, 344, 454, 456,
457, 497, 500, 538, 541, 549, 553,
556-560, 569, 572, 612, 615, 616

institutele de reeducare 560

- medico-educative 560

- medico-pedagogice 559

- medico-profesionale 560

integrare școlară 492, 493, 495, 570

inteligentă 33, 176, 187, 193, 201, 266,
308, 330, 370, 373

interacțiune 49, 53, 55-58, 60, 63, 83,
104, 134, 152, 156, 165, 195, 220,

227, 231, 233, 238, 241, 248, 264,

265, 273, 372, 390, 399, 408, 411,

414, 416, 422, 430, 448, 449, 456,

458, 466, 469, 478, 486, 510, 526,

532, 533, 537, 540, 570, 581, 582,
592

- fantasmatică 56

interpretare 90, 91, 93, 233, 296, 351,

397, 398, 465, 466, 516, 592, 594,
596, 605

intoleranță la frustrare 238, 241

introeicție 46, 333, 382

IRS 365

izolare 24, 28, 72, 74, 121, 190, 193, 200,
249, 253, 268, 308, 312, 316, 318,

331, 357, 364, 375, 391, 425, 462,
533, 535, 545, 605

- socială 28, 535

I

învățare 22, 25, 38, 49, 104, 117, 118,
142, 144, 145, 163, 164, 173, 176,

185, 187, 199, 200, 206, 223, 265,
277, 316, 325, 362, 366, 376, 382,
415, 437, 469, 482, 487, 489, 490,
491, 492, 499, 505, 508, 518, 535,
572, 597, 600, 616

J

joc 22, 23, 28, 34-36, 51, 62, 76, 85, 86,
93, 124, 135, 139, 140, 141, 166, 194,
200, 217-228, 237, 238, 244, 253,
256, 257, 274, 308, 310, 315, 354,
355, 361, 369, 387, 390, 391, 399,
413, 425, 432, 444-446, 458, 461,
488, 514, 545, 582, 588, 589, 591-
595, 598, 601, 607, 608
justiție 244, 530, 542, 554, 556

L

lalație 36

latență 44, 89, 109, 114, 224, 238, 246,
247, 251, 254, 255, 330, 363, 364,

368, 372-375, 377, 427, 472, 474,

486, 507, 584, 588, 595, 600, 606,
607, 608

lateralizare 117, 119, 143, 144, 147, 478

Lennox-Gastaut 291, 289, 294, 301, 314

lentoare psihomotorie 399

limbaj 26, 31, 34, 37, 38, 61, 62, 86, 88,
93, 95, 118, 119, 121, 131-138, 140-

149, 179-181, 187, 191, 195, 204,

206, 218, 220, 241, 252, 255, 265-

268, 276, 277, 278, 281, 298, 299,

308, 311-316, 320-322, 324, 330,

340, 341, 363, 373, 386, 389, 390,

397, 425, 427, 428, 433, 434, 458,

461, 479, 506, 507, 508, 512, 527,
542, 545, 588, 593, 594, 599

M

maltratrat 529-531, 539, 540, 543, 554
 maniaco-depresiv 227, 381, 398, 399,
 403, 466
 masochism 43, 198, 220, 239, 258, 537
 masturbare 43, 109, 254, 542, 545
 maturizare 18, 20, 21, 32, 47, 49, 74-78,
 103, 105, 119, 163-166, 177, 178,
 193, 217, 263, 264, 265, 322, 350,
 355, 359, 360, 365, 371, 376, 382,
 407, 408, 421, 425, 428, 443, 472,
 590, 593
 mericism 154, 162, 410, 412, 413, 416,
 422

metilfenidat 618

metoda TEACCH 342, 591

micul Hans 39, 361, 374

migrenă 420

mincună 77, 205, 206, 207, 326, 367

mitul originilor 454

moarte 24, 42, 45, 46, 105, 124, 149, 156,
 201, 230, 233-236, 242, 244, 296,
 325, 350, 358, 359, 386, 387, 395,
 413, 441, 467, 511, 517, 518, 519,
 534, 584

modafinil 114, 619

mongolism 273

monoparentală 468, 473, 474

mutism 149, 151, 274, 324, 366, 369, 371

N

neatenție 140, 278, 431, 432, 433, 436
 negare 44, 72, 125, 133, 187, 258, 272,
 342, 376, 382, 398, 399, 401, 446,
 498, 515, 516, 535

neghiobie 426

NEMI 179

neonatal 144, 231, 249, 252, 265, 269,

270, 279, 280, 282, 284, 290, 311,
 435, 446, 521, 522, 525, 574
 neotenie 18
 neuroleptice 24, 342, 343, 434, 616, 617
 nevroză gravă 571, 612
 nevroză infantilă 375
 nevroză traumatică 445
 nucleu psihotic 241, 306, 331, 334

O

obezitate 157, 158, 159, 274, 278, 389
 obiect tranzițional 107, 221, 225, 236
 object-presenting 50, 339
 oboseală 242, 545, 619

obsesie 348

obsesional 360, 362, 363, 364, 365, 367,
 369-373, 412, 413, 425, 429, 480,
 489, 517, 538, 610

omnipotență 51, 107, 251, 333, 337, 357

onicofagie 128, 373

ontogeneză 18, 19

oral 28, 40, 42, 43, 54, 138, 146, 153,
 161, 182, 254, 273, 274, 299, 369,
 375, 426, 430

P

par-excitație 608

paradigma străinului 58, 63

paradoxal 102, 103, 111, 118, 200, 201,
 228, 255, 267, 281, 332, 368, 369,
 400, 414, 519, 520, 524, 544, 602-
 604, 619

parapsihoze 319

parasomnii 109

paratonie 119, 120, 123, 525

părinți 30, 43, 54, 68, 70, 82-84, 94-96,
 107, 108, 116, 117, 122, 124, 126,

plăns 28, 35, 155, 295, 367, 383, 390,
 391, 410, 411, 415, 417, 418, 422,
 457, 534
 PMI 538, 539, 540, 556, 557, 568, 570
 pointing 26, 308, 333
 potomanie 161, 165
 poziția 56, 75, 166, 185, 194, 230, 258,
 377, 413, 414, 583, 600

- autistă 333

- depresivă 43, 46, 52, 53, 381, 382,

383, 384, 397, 427

- schizoparanoidă 53, 333, 336

prematunitate 18, 137, 144, 267, 280,
 284, 321, 446, 520, 521, 523-526,
 536

preocupare maternă primară 50, 523

prepsihoză 124, 378, 424, 425, 427, 571,
 612

prezentare a obiectului 396

primire familială terapeutică 612-614

proces 18, 21, 22, 26, 32, 33, 36, 41, 44,
 45, 47, 49, 68, 72, 74-76, 83, 90-92,
 104, 120, 134, 139, 141, 154, 177,
 178, 187, 194, 204, 206, 210, 218,
 220-223, 234, 236, 239, 250, 263,
 265, 269, 272, 276, 289, 320, 322,
 330, 331, 333, 338, 354, 369, 382,
 384, 385, 399, 407, 409, 411, 414,
 416, 420, 427, 429, 447, 451, 459,
 460, 462, 465, 486, 490, 494, 497,
 503, 508, 578, 582, 584, 589, 591,
 593, 595, 596, 606, 608

- primar 53, 194, 234, 332, 427

- secundar 53, 145, 177, 206, 234,
 332

protecție 46, 47, 51, 61, 73, 90, 220, 221,
 320, 338, 354, 357, 376, 382, 426,
 465, 472, 498, 597, 606

prostituție 259, 546, 554

- protest 29, 77, 350, 383, 384, 389, 390,
 459, 489, 490, 566
 psihodramă 169, 401
 – psihanalitică 573
 psihosomatic 48, 49, 154, 156, 160, 297,
 368, 391, 396, 407–409, 413, 414,
 419, 421–423, 455, 457, 459, 466,
 605
 psihostimulante 617, 618
 psihoterapie 110, 124, 127, 137, 141,
 149, 156, 160, 169, 173, 197, 201,
 304, 343, 401, 414, 435, 446, 460,
 509, 559, 573, 587, 589, 593, 594,
 596, 602, 611, 615
 psihotic 47, 72, 73, 78, 107, 109, 111,
 122, 125–127, 136, 139, 140, 149,
 160, 162, 183, 190, 195, 212, 223–
 225, 227, 240, 241, 255, 274, 280,
 294, 299, 301, 306, 316–320, 322,
 325, 329, 331, 332, 333–337, 339,
 340–342, 360, 371, 377, 399, 413,
 420, 425, 426, 427, 463, 464, 472,
 485, 486, 495, 523, 538, 587, 590,
 600, 602, 603, 605, 609, 613, 614,
 615, 617
 psihoză 115, 158, 259, 268, 306, 329,
 361, 398, 425, 455, 535, 572
 – distimică 398
 – infantilă 157, 305, 335, 463, 571,
 617
 – precoce 139, 150, 240
 – simbiotică 464

 RASED 493, 495
 reacție de prestață 124
 reeducare 118, 119, 136, 137, 146, 198,
 285, 299, 373, 492, 508, 559, 560,
 587, 588, 589, 600, 611, 615
 – ortofonică 137
 – psihomotorie 118, 137, 435, 485
 – ortofonică 149, 341
 refuz școlar 323, 478, 486
 regresie 40, 41, 73, 75, 105, 107, 108,
 223, 270,
 277, 279, 282, 293, 316, 317, 374, 411,
 422, 443, 464, 480, 513, 519, 520,
 524, 590, 597, 598, 605, 607
 relație de obiect 40, 47
 relaxare 102, 119, 120, 124, 127, 149,
 446, 588, 589
 reprezentare 34, 36, 38, 104, 106, 119,
 137, 159, 218, 220, 235, 278, 335,
 361, 396, 455, 497, 588
 retard 133, 136, 137, 138, 143, 165, 166,
 184, 189, 194, 266, 269, 271, 275,
 308, 314, 316, 321, 390, 421, 425,
 457, 461, 484, 485, 532, 579
 – al limbajului 137, 144, 147, 373,
 390
 – de creștere 158
 – de vorbire 133, 136
 – mintal 271, 275, 276, 278, 306, 307,
 315, 316, 617
 reziliență 441, 447, 448
 Ritoline 434, 435, 618
 ritual 209, 217, 309, 310, 325, 362, 363,
 365, 366, 372, 373, 374, 413, 489,
 545
 – obsesional 322, 360, 363, 425
 RMN 87, 139, 283, 288, 292, 295
 roman familial 224, 472, 553
 Rorschach 91, 92, 96, 97, 297, 298, 426,
 470, 489
 rușine 36, 125, 128, 139, 167, 169, 171,
 211, 242, 243, 246, 253, 255, 256,
 267, 374, 515, 523, 545

 S
 scală 178, 182, 183, 187, 448, 179, 512
 – de Evaluare a Comportamentului
 Neonatal 448
 scena primitivă 154, 254, 599
 Schilder 87, 281, 283, 296
 schimbare 22, 44, 74, 75, 155, 172, 238,
 250, 258, 301, 309, 332, 350, 390,
 395, 399, 432, 450, 488, 491, 499,
 581, 594, 601, 603, 610
 schizoparanoic 239, 333, 334, 336, 355,
 377, 382, 427
 scleroza tuberoasă Bourneville 280
 sedative 342, 343
 separare 19, 23, 29, 46, 58, 59, 72, 73,
 75, 105, 125, 150, 166, 173, 176,
 212, 235, 344, 348, 351, 352, 355,
 356, 357, 383, 384, 395, 407, 416,
 421, 445, 450, 457, 458, 459, 464,
 466, 469, 470, 485, 487, 489, 490,
 540, 547, 572, 573, 584, 592, 608,
 610, 618
 – parentală 183, 210, 395, 413, 443,
 446, 471, 472, 473
 – individuale 49, 251, 338, 356
 serotonină 329
 sexualitate 43, 246, 251, 253–255, 258,
 259, 353, 542, 544, 546, 552
 – infantilă 42, 247
 sfincier 43, 168
 sfingolipidoze 279
 SIDA 528
 simptom 68, 70, 71, 72, 74, 78, 84, 107,
 113, 119, 121, 126, 127, 128, 146,
 147, 150, 158, 159, 165, 167, 169,
 170, 172, 173, 193, 194, 257, 299,
 329, 353, 361, 366, 368, 370, 407,
 409, 422, 442, 478, 524, 574, 578,
 580, 582, 587

 Sine 22, 36, 45, 48, 52, 53, 69, 78, 85,
 91, 92, 112, 121, 126, 134, 141, 152,
 159, 184, 201, 204, 205, 206, 207,
 221, 230, 232, 235, 238, 243, 254,
 263, 264, 266, 268, 285, 298, 308,
 312, 317, 332, 333, 336, 340, 364,
 378, 382, 386, 387, 420, 443, 448,
 461, 464, 471, 472, 488, 511, 520,
 533, 538, 540, 545
 sisteme 25, 30, 31, 53, 56, 602, 604,
 616
 somnambulism 103, 106, 110, 111, 112,
 113, 114, 366, 373, 619
 spital de zi 142, 197, 198, 319, 340, 341,
 402, 584, 611

 T
 Turner 248
 Tourette 365
 Sylveman 532
 West 289, 293, 294, 299, 314
 Willi-Prader 276–278
 Williams 122, 278

 Sine 22, 36, 45, 48, 52, 53, 69, 78, 85,
 91, 92, 112, 121, 126, 134, 141, 152,
 159, 184, 201, 204, 205, 206, 207,
 221, 230, 232, 235, 238, 243, 254,
 263, 264, 266, 268, 285, 298, 308,
 312, 317, 332, 333, 336, 340, 364,
 378, 382, 386, 387, 420, 443, 448,
 461, 464, 471, 472, 488, 511, 520,
 533, 538, 540, 545
 sisteme 25, 30, 31, 53, 56, 602, 604,
 616
 somnambulism 103, 106, 110, 111, 112,
 113, 114, 366, 373, 619
 spital de zi 142, 197, 198, 319, 340, 341,
 402, 584, 611

- spitalizare 183, 217, 243, 344, 395, 402, 447, 461, 491, 519, 536, 541, 558, 567, 569, 571, 572
- squiggle 85 226, 584
- stadii libidinale 42
- stadiu 26, 33, 35
- stare 50, 52, 55, 69, 70, 75, 90, 102, 105, 106, 107, 114, 123, 145, 147, 153, 176, 188, 192, 215, 229, 230, 241, 248, 251, 256, 272, 290, 297, 313, 315, 332, 333, 336, 337, 339, 349, 357, 359, 368, 375, 378, 382, 383, 384, 387, 389, 392, 396, 398, 421, 425, 443, 444, 450, 451, 456, 461, 464, 490, 513, 518, 523, 533, 534, 538, 545, 550, 553, 565, 580, 581, 602, 617, 619
- de anxietate 124
 - depresivă 61, 270, 384, 385, 388, 395, 397, 469, 471, 489, 513, 533, 545
- stereotipii 190, 268, 271, 276, 277, 311, 312, 315
- stress post-traumatic 619
- Sturge-Weber 280
- sublimare 67, 178, 382, 487, 516
- suferință 72, 82, 83, 123, 144, 169, 190, 201, 212, 227, 255, 258, 264, 265, 280, 282, 294, 356, 382, 384, 387, 389, 430, 443, 444, 450, 471, 486, 488, 490, 516, 525, 541, 542, 545, 574, 580, 587, 611
- suicid 241, 242, 243, 244, 245, 296, 325, 387, 389, 405, 514, 546, 573
- supradotat 199, 200, 201
- Supraeu 40, 41, 45, 46, 210, 220, 227, 243, 296, 300, 361, 371, 374, 382, 397, 427, 428, 462, 589, 607
- surditate 88, 131, 136, 264, 265, 267-279, 312, 329
- T**
- TEACCH 342, 591
- tentativă de suicid 243, 389 573
- teorie 21, 25, 26, 37, 38, 49, 52, 56, 61, 62, 77, 186, 233, 331, 354, 355, 400, 442, 466, 602, 605, 611
- terapii 31, 57, 69
- comportamentale 26, 32
 - psihomotorie 122
- teroare nocturnă 106, 108
- test 76, 86, 89, 90, 92, 93, 114, 115, 137, 139, 142, 145, 176, 178-181, 183, 184, 187, 192, 195, 266, 282, 310, 370, 389, 400, 414, 425, 426, 432, 470, 484, 495, 516, 537, 583
- Bender 181, 432
 - Benton 182
 - Binet-Simon 178, 180, 181, 492
 - de nivel 95
 - de personalitate 95, 121
 - non-verbale 139
 - protective 159
 - psihologice 95
 - Rorschach 91
- ticuri 120, 124, 125, 126, 127, 128, 147, 425, 589
- cronice 617
- timic 324, 325, 399
- timoregulatorie 618
- tomodensitometrie 87, 283
- topic 39, 40, 41, 371
- transfer 38, 150, 340, 375, 377, 526, 556, 578, 587, 591, 592, 612
- transsexualism 256, 257
- tratamente educative 341
- traumatism 280-282, 300, 356, 414, 441-444, 446, 451, 462, 470, 491, 514, 532, 545
- cranian 281, 282, 297, 431, 441
- U**
- unitate mamă-copil 574
- V**
- valpromid 618
- vărsătură 412
- vârsta de dezvoltare 179
- vigilență înghețată 532
- violenta fizică 167, 530, 543
- vis 52, 85, 102-106, 110, 166, 208, 220, 234, 237, 244, 354
- vise de angoasă 105, 107-110
- vulnerabilitate 21, 53, 78, 252, 317, 416, 441, 447, 449, 464, 469, 522, 524
- W**
- West 289, 290, 293, 294, 299, 314
- Williams 122, 267, 276, 278, 286, 287, 313, 314, 379, 561
- Wilson 279
- X**
- X fragil 271, 276, 277, 286, 306, 313, 314, 328
- Z**
- zâmbet 30, 35, 48, 232, 279, 310, 332, 398
- T**
- obstetrical 284, 290
- psihic 297, 441, 514, 522
- travaliu de doliu 518
- trece la act 71, 77, 234, 238, 426, 464
- tricotomanie 412
- tulburări 23, 74, 94, 96, 101, 106-108, 115, 117, 119, 121, 122, 124, 126, 131, 136-146, 148, 149, 154, 155, 158, 161, 162, 165, 174, 189-197, 207, 215, 252, 263-267, 277, 278, 280-282, 284, 296, 300, 306, 310-312, 315-318, 320, 322, 323, 330, 348, 349, 351-354, 365, 368, 373, 374, 381, 387, 388, 391, 393, 398, 399, 408, 409, 418, 425, 429, 431, 433, 434, 442, 444, 449, 451, 457, 459, 461-463, 464, 465, 466, 469, 478, 483, 484, 487, 497, 506, 512, 514, 515, 524, 525, 527, 530, 536, 538, 545, 570, 574, 587, 588, 589, 591, 599, 608, 610, 613, 616, 617
- afective 119, 190-192, 195, 533, 545
 - ale somnului 373
 - anxioase 352, 433, 451
 - cognitive 176, 318
 - de adaptare 443, 465
 - de articulare 285
 - de atenție 432
 - de comportament 115, 144, 190, 214, 204, 268, 275, 277, 278, 280, 281, 351, 394, 421, 425, 432, 434, 450, 463, 464, 465, 469, 471, 486, 513, 532
 - de conduită 252, 394, 399, 433
 - de dispoziție 278
 - de lateralizare 117, 143
 - de limbaj 136, 138, 187, 191, 195, 252, 276, 281, 298, 299
 - de somn 101, 124, 311, 322, 323,

Fundația Generația

Fundația Generația s-a născut din nevoia urgentă de a ajuta copiii, adolescenții și familiile lor prin intervenții diferite de cele farmaceutice sau instituționale. Proiectul creării ei s-a născut încă din 1995 când, împreună cu un grup de specialiști reputați în domeniul psihoterapiei, grup animat și susținut de psihanalista de origine română Ilany Kogan, a început travaliul de structurare și circumscriere a scopurilor și modalităților de atingere a acestor scopuri, fundația concretizându-se ca instituție în noiembrie 1998.

Sprajinul și asistența copilului înscamnă mai mult decât ajutor material. Fundația Generația se dedică nevoilor psihologice nu întotdeauna ușor de observat și de recunoscut. Sprajinul psihologic este necesar pentru a preveni și proteja copilul de suferința psihică și pentru a-i favoriza dezvoltarea. Dacă nu dăm suficientă atenție nevoilor sufletești ale copilului pot apărea, în timp, urmări dramatice. Un copil riscă să fie tratat cu medicamente fără să fie necesar, poate fi etichetat ca bolnav psihic, un copil riscă, de asemenea, să aibă dificultăți emoționale severe și să-și rateze șansa de a se realiza. Suferința psihică poate să se manifeste sub formă de tristețe, insomnii, spaimă, neliniște, coșmaruri, dezinteres, plictiseală, izolare, agitație, agresivitate, tulburări ale comportamentelor alimentare, sfinterian, sexual, prin eșec social, școlar, de comunicare. Aceste tulburări pot să apară de la naștere, pe parcursul evoluției copilului sau în urma unor traume legate de separare, accidente, boli, tensiuni și conflicte în familie, nașterea unui alt copil, decesul unui membru al familiei, abuz sexual, maltratare, intrarea în pubertate și adolescență etc.

Fundația Generația ajută copii, adolescenți, mame, tați, bunici, educatori, profesori, cadre medicale, spitale, maternități, instituții pentru protecția copilului precum și pe toți cei care se ocupă de copii.

Formele de intervenție și de ajutor sunt:

Examen de evaluare a dezvoltării.

Consultații în situații de criză.

Consiliere a părinților.

Grupuri de lucru cu educatori, profesori și cadre medicale.

Psihoterapie individuală și/sau de familie.

Aceste intervenții respectă confidențialitatea și normele deontologice profesionale. Echipa noastră cuprinde psihologi, psihiatri, pedagogi, cu specializare în psihoterapia psihanalitică a copilului și a adolescentului.

Fundația Generația colaborează profesional cu universități și asociații profesionale din România, Germania, Franța, Elveția, Anglia, SUA și Israel, în scopul formării de noi specialiști și al supervizării activității specialiștilor existenți. Pentru asistența psihoterapeutică a copiilor și adolescenților, colaborăm cu toate instituțiile și organizațiile care activează în acest domeniu.

De la începutul anului 2000 funcționează

Centrul de psihoterapie pentru copii și adolescenți – Fundația Generația.

telefon/fax: 021 410 1033, 021 330 6649

email: generatia@fx.ro

www.generatia.ro

Titlurile colecțiilor

◆ Psihanaliza copilului și adolescentului

EUL ȘI MECANISMELE DE APĂRARE

Anna Freud

Lucrarea Annei Freud este recunoscută ca o contribuție majoră în cercetarea psihanalitică, ea bucurându-se de statutul unei lucrări clasice. În acest volum, ilustrat cu cazuri clinice fascinante de copii și adolescenți, autoarea pune în discuție acele măsuri adaptative prin care viața pulsională ajunge să fie controlată, precum și modul în care sunt evitate afecțele dureroase sau neplăcute. Într-un stil extrem de clar, autoarea prezintă teoria mecanismelor de apărare, pentru ca apoi să insiste asupra operațiilor defensive pe care Eul le pune în mișcare pentru a evita neplăcerca și anxietatea și prin care își exercită controlul asupra comportamentului impulsiv, a afecțelor și urgențelor pulsionale (negarea prin fantasmă, negarea prin cuvânt și act, restrângerea Eului, identificarea cu agresorul). Autoarea pune un accent deosebit și pe procesele defensive prezente la pubertate: ascetismul, intelectualizarea, iubirea și identificarea.

SCENARIILE NARCISICE ALE PARENTALITĂȚII

Experiența clinică a consultației terapeutice

Juan Manzano
Francisco Palacio Espasa
Nathalie Zilkha

Practica îndelungată a autorilor privind intervențiile psihoterapeutice scurte părinți-copii/adolescenți (consultații terapeutice) le-a permis să desprindă un concept central, numit de ei „scenarii narcisice ale parentalității”. În primele capitole alc lucrării sunt prezentate diferitele aspecte ale acestui concept.

După o situaare a elementelor fundamentale ale tehnicii autorilor în cadrul mai vast al psihoterapiilor de inspirație psihanalitică, este abordată o parte clinică în care sunt expuse rezultatele analizei unor cazuri întâlnite de autori în practica lor. Sunt descrise scenarii tipice ale parentalității, care permit o clasificare a celor mai frecvente configurații clinice și esic propusă o semiologie descriptivă și dinamică a psihopatologiei relației părinte-copil. Fiecare din aceste configurații este ilustrată cu exemple clinice.

Un ultim capitol reunește concluzii clinice și teoretice.

CONSULTAȚIA TERAPEUTICĂ A COPILULUI

D. W. Winnicott

D. W. Winnicott aduce în teoria și clinica psihanalitică lucrări clasice, de referință pe plan internațional: *De la pediatrie la psihanaliză*, *Joacă și realitate*, *Bebelușul și mama lui*, *Deprivare și delincvență*, *Natura umană*, pentru a enumera doar câteva dintre ele.

În *Consultația terapeutică a copilului*, Winnicott dezvoltă cu finețe esențialitatea explorării primelor intervenții clinice, care pot oferi cheia cunoașterii vieții psihice a copilului. El aprofundează tehnica *squiggle* ca pe „o cale simplă de a intra în relație cu copilul”: este vorba de un desen realizat în comun, în care psihanalistul și copilul participă la reconstrucția istoriei timpurii a copilului și a mediului său familial.

Prin desenul său, care îl completează pe cel al psihanalistului (și invers), copilul își exprimă sentimentele și gândurile cele mai profunde, el participă viu la relația cu terapeutul în căutarea Self-ului autentic, a trăirilor timpurii, a relațiilor precoce cu mama, cu tatăl, respectând simptomul, temerile, suferința sa.

Winnicott regăsește în cadrul terapeutic un „moment sacru” în care relevarea de sine luminează un interior până atunci obscur și conflictual.

Cartea cuprinde 21 de capitole care reprezintă tot atâtea descrieri ale unor consultații terapeutice pe care Winnicott, unul dintre cei mai mari psihoterapeuți de copii, le-a avut de-a lungul practicii sale psihanalitice.

NORMAL ȘI PATOLOGIC LA COPIL

Evaluări ale dezvoltării

Anna Freud

În 1951, Anna Freud, singura dintre copiii lui Sigmund Freud devenită psihanalist, fondează la Londra „Hampstead Clinic”, o clinică de psihoterapie infantilă. *Normal și patologic la copil*, apărută la Londra în 1965, reprezintă o sinteză a experienței clinice, terapeutice și teoretice a psihanalizei copilului. A. Freud reexaminează granița dintre normal și patologic în dinamica dezvoltării umane, conflictele intrapsihice necesare și inerente dezvoltării, simptomele tranzitorii ale devenirii psihice, ca și cele care se constituie la copil sau la adultul de mai târziu într-o structură patologică. Ea propune în continuare criterii, diagnostice și perspective psihoterapeutice. *Normal și patologic la copil* este o carte pentru psihologi, psihoterapeuți, psihiatri, educatori și părinți.

DIALOG CU SAMMY

Un caz de psihoză infantilă

Studiu psihanalitic

Serge Lebovici
Joyce McDougall

Această carte este consacrată prezentării unor documente referitoare la tratamentul psihanalitic al unui copil psihotic, tratament condus de Joyce McDougall cu asistența tehnică a lui Serge Lebovici.

Producțiile unui copil psihotic sunt interesante prin frumusețea lor, uneori tragică. Lumea fantasmatică în care trăiesc acești copii este tragică pentru că ea le traduce angoasa: ea pune constant sub semnul întrebării sentimentul pe care îl au în legătură cu unitatea lor și cu cea a celor cu care trăiesc. Fantasmelor bolnavului sunt o ilustrare remarcabilă a angoasei de fragmentare, a agresivității legate de devorare, a luptei defensive prin intermediul căutării unei fuziuni imposibile: psihoza apare ca singurul mod de relaționare care evită ruptura predeleirantă ce duce la neant. Evoluția relației terapeutice poate conduce la neo-structurări mai evoluate.

Acest fragment de tratament permite discutarea nu doar a fecundității abordării psihanalitice, ci și a utilității acestei forme de psihoterapie în astfel de cazuri. Cartea răspunde *dorințelor* celor care ar dori să știe ce se întâmplă în cursul unui tratament psihanalitic.

Faptul că mama pacientului a urmat un tratament psihanalitic cu analista acestuia din urmă face posibilă o comparație între structurile psihopatologice ale fiului și ale mamei. Autorii încearcă să demonstreze că structura mamei a avut un rol activ în instituirea relațiilor obiectuale atât de perturbate cum sunt cele înscrise în carte.

EDITURA FUNDATIEI GENERAȚIA

își anunță cititorii că începând din anul 2003
va lansa două noi colecții

◆ Mari psihanalști

Proiect editorial al EFG (2003-2005) după colecția originală *Psychanalystes d'aujourd'hui*, PUF, Paris, care cuprinde monografii despre viața și opera unor mari psihanalști contemporani care au marcat istoria, teoria și tehnica psihanalizei.

Thierry Bokanowski, *Sándor Ferenczi*
Gilbert Diatkine, *Jacques Lacan*

Agnès Oppenheimer, *Heinz Kohut*
Denys Ribas, *Donald Woods Winnicott*
Elsa Schmid-Kitsikis, *Wilfred R. Bion*

◆ Spațiul PSY

Noua colecție va cuprinde opere teoretice și clinice reprezentative din psihologie, psihanaliză, psihiatrie și psihopatologie.

În afara colecțiilor

COPIII — RĂZBOI ȘI PERSECUȚIE

În această carte, prin intermediul studiilor de caz, autori ne ajută să intrăm în complexa lume a sentimentelor copiilor și tinerilor adulți care au experimentat moartea, alungarea din țările lor, persecuția, exilul. În ciuda acestor traume, mulți copii au demonstrat un surprinzător potențial de dezvoltare și o mare capacitate de a face față situației. Autorii discută despre posibilitățile care sunt oferite acestor copii de către un travaliu terapeutic astfel încât ei să poată asimila experiența traumatică și să o integreze în viața lor viitoare.

Acest volum reprezintă o abordare nouă a acestei problematice.

Editura Fundației Generația

Președinte: Veronica Șandor
Coordonator departament editorial: Corneliu Irimia
Redactor: Daniela Luca
Tehnoredactor: Florian Bulmez

Tipărit la S.C. UNIVERSUL S.A.
Tel. 3.15.17.01. Fax 314.68.42
Str. Brezoianu 23-25, București

B.C.U. "V. EMINESCU" IASI
ISSN 1121-4802/95